REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

DIRIGIDA POR

Honorio Delgado y J. O. Trelles

JEFE DE REDACCION

Carlos Gutiérrez-Noriega

SECRETARIOS DE REDACCION:

P. Anglas - Quintana, L. A. Guerra, León Mejía, F. Sal y Rosas y J. Voto Bernales C.

PUBLICACION TRIMESTRAL

Tomo III No. 1

Lima - Perú

1940

Dirección : Revista de Neuro-Psiquiatría, Casilla 1589, Lima, Perú.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima — Marzo 1940 — T. III. Nº 1

MINISTERIO DE SA... Inventario y Control Patrimonial Hospital "Víctor Larco Herrera"

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES :

Pág.

Max González Olaechea : Meningo-neuro-axitis a virus neurotrepo con notable hipertensión raquídea y edema papilar 1

Honorio Delgado : La doctrina de Freud 9

Juan B. Lastres, Abelardo Indacochea y César Merino : Síndrome óculo-pupilar en el curso de afección neuro-anémica 45

Carlos Gutiérrez-Noriega : La epilepsia producida por Cardiazol en los perros descerebrados en función de la diasquisis y de la magnitud de la ablación encefálica 60

Mario Méndez y Pablo Anglas Quintana : Síndrome de poliomielitis anterior aguda en el curso de la Enfermedad de Carrión 88

NOTICIA DE LIBROS :

Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale (H. D.) 94.— H. Baruk : **Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale** (J. O. T.) 94.— Raúl Garfias Velásquez : **Estudio radio-ventriculográfico en los síndromes hipertensivos endocraneales** (Jorge Lazarte) 97.—Jean Lhermitte : **L'image de notre corps** (J. O. T.) 97.— James Purves-Stewart : **Le diagnostic des maladies nerveuses** (J. O. T.) 102.— Guillermo Uribe Cualla : **Medicina Legal y Siquiatría Forense** (H. D.) 104.— Varios autores : **Collected Papers, Harvard Medical School** (J. O. T.) 104 94-104

REVISTA DE REVISTAS :

American Journal of Psychiatry. Horatio M. Pollock : "Mental disease in Peru" (H. D.) 105.— S. H. Kraines y Gellhorn : "The effects of insulin hyphoglycemia on the blood response to oxygen deficiency in man" (C. G. N.) 105.— **Annales d'Oculistique.** Riser, Couadau, Planques et Valdigue : "L'ophtalmoscopie dans les maladies hypertensives" (Jorge Lazarte) 106.— **Annales Medico-Psychologiques.** W. Stryjenski et J. Dretler : "Recherches sur l'action du Cardiazol" (C. G. N.) 103.— **Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten.** Konrad Zucker : "Die spastischvegetative und die vasomotorische Neurose" (L. A. Guerra) 107. — **Archives Internationales de Pharmacodynamie et de Therapie.** Ernst Gellhorn y Chester Darrow : "The action of metrazol on the autonomic nervous system" (C. G. N.) 110.— **Archivio Italiano per le Malattie Nervose e Mentali.** Beppino Disertori : "Sulla biologia dell'isterismo. Sdoppiamento psicogeno della personalitá, automatismo psicologico e lesioni diencefaliche" (C. G. N.) 111.— **Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria e Psicoterapia.** Agostino Gemelli : "A modo d'ntroduzione : La psicologia al centro dell' interesse

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

delle scienze che studiano l'uomo" 112. Mario Ponzo : "L'Istituto di psicologia della R. Universitá di Roma nella nuova sede ed i suoi compiti" (H. D.) 112.—**Arquivos do Servico de Assistencia a Psicopatas do Estado de Sao Paulo.** Paulo Pinto Pupo : "Neoplasma intracraniano e neurosfilis. Diagnostico diferencial" (Jorge Lazarte) 113.— **British Medical Journal.** Emilio Mira : "Psychiatric experience in the spanish war" (C. G. N.) 114.— **Forschungen und Fortschritte.** Hans Lipps : "Die Wirklichkeit bei den Naturvoelkern" (H. D.) 115.— **Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete.** M. Mueller : "Die Insulin- und Cardiazolbehanddlung in der Psychiatrie" (H. D.) 116.— **Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia.** L. Telatin : "L'associazione insulinocardiazolica ed altre nella cura della schizofrenia" (Jorge Lazarte) 119.— Giuseppe Campailla : "Alterazioni viscerali da shock insulinico" (León Mejia) 119.— **International Journal of Psycho Analysis.** C. P. Oberndorf : "On retaining the sense of reality in states of depersonalization" (C. G. N.) 120.— **Journal of Mental Science.** Harry Stalker : "The prognosis of schizophrenia. Based on a follow-up study of 129 cases trated by ordinary methods" (H. D.) 121. — **Journal of Nervous and Mental Diseases.** Miles Bouton : "Pick' Disease : Clinopathologie cases reports" (C. G. N.) 122.— **Neopsiquiatria.** Vittorio E. Ventura : "Un caso atipico di malattia di Thomsen" (Jorge Lazarte) 123.— Arturo Vitello : "Sull efficacia della terapia convulsivante della schizofrenia in rapporto ai tipi morfologici costituzionali" (C. G. N.) 123.— **Ospedale Psichiatrico.** Mario Tobino : "Nota storico-stadistica sulla paralisis progressiva nel Manicomio Provinciale di Ancona" (León Mejia) 124.— **Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.** A. v. Braunmuehl : "Wie lagert man Kranke zur Krampfbehandlung?" (H. D.) 124.— **Psychoanalytic Review.** Fritz Wittels : Psychology and treatment of depersonalization" (C. G. N.) 125. — **Revista Argentina de Neurologia y Psiquiatria.** T. Fracassi : "Sindrome de Schüller-Christian y epilepsia" (Jorge Lazarte) 125. — **Revista de Psiquiatría y Criminología.** Héctor M. Piñero : "El suicidio en la ciudad de Buenos Aires" (León Mejia) 126.— **Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas.** Antonio Morales S. M. : "Accidentes del Cardiazol en el tratamiento de la esquizofrenia" (León Mejia) 126.— **Rivista di Neurologia.** A. Paleari : "I tumori perlacei cerebrali" 127. G. Gluck : "Cerebellite da parctite epidemica" (Jorge Lazarte) 127.— **Zeitschrift fuer die Gesamte Neurologie und Psychiatrie.** Fritz Roeder : "Bisherige Ergebnisse ueber den Phosphatdstoffwechsel im Liquor cerebrospinalis. Erster-Bericht ueber ein neues Extraktionsverfahren fuer kleinste Liquormengen" 128. Gunnar Lundquiqst : "Einige Stoffwechseluntersuchungen bei endogenen Psychosen mit besonderer Berucksichtigung der Leberfunktion" (L. A. Guerra) 129.— **Zeitschrift fuer Psychische Hygiene.** Trachte : "Die Bedeutung der Arbeitstherapie bei koerperlich Kranken" (L. A. Guerra) 129 106-129

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL :

Asamblea General del 23 de diciembre de 1939. Elección de Junta Directiva para el año de 1940. Informe del Secretario General, Dr. J. O. Trelles, 131.— **Sesión extraordinaria del 23 de diciembre de 1939.** Conmemoración del décimo aniversario del fallecimiento del Doctor Hermilio Valdizán. Discurso del Presidente de la Sociedad, Doctor Honorio Delgado, 133 131-133

NECROLOGIA : 135-145

INFORMACION 146

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Cátedra de Psiquiatría y Neurología

Lima Marzo 1940 T. III. N° 1.

MENINGO-NEURO-AXITIS A VIRUS NEUROTROPO CON NOTABLE HIPERTENSION RAQUIDEA Y EDEMA PAPILAR *

Por **MAX GONZALEZ OLAECHEA**

Hemos tenido oportunidad de observar un interesante caso de neuro-axitis, con notable aumento de la cantidad del líquido céfalo-raquídeo, lo cual determinó altas cifras de hipertensión. Este cuadro obligó a efectuar repetidas punciones raquídeas, las que contribuyeron eficazmente a la curación de la enferma que presentamos en seguida:

Se trata de la señorita N. N., que el 7 de noviembre de 1938, fué trasladada a esta Capital, instalándose en una clínica particular.

Procede la paciente de una ciudad del norte de la República, tiene 18 años de edad y buena constitución, sin antecedentes morbosos que llamen la atención. Los padres y hermanos son sanos.

En octubre del mismo año sufrió afección intestinal, que desapareció con tratamiento anti-amebiásico. A mediados del mismo mes tuvo hipersomnia por varios días, que se manifestaba no sólo en la noche sino en el transcurso del día, experimentando al mismo tiempo malestar general, que persistió hasta terminar dicho mes. El 1° de Noviembre de 1938 sufrió una reacción febril de 40 °, precedida de fuerte escalofrío; los siguientes días continuó febril, fluctuando la temperatura entre 38° y 37°.5; desde el primer día presentó un fuerte dolor en la región frontal, que se calmó con medicación sedante. La cefalalgia frontal se repitió en los días siguientes bajo la forma de crisis intensas que le arrancaban quejidos lastimeros, se le presentaron también náuseas y en ocasiones vómitos; uno de esos días tuvo contractura de los músculos mastica-

* Trabajo presentado a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, en la sesión del día 8 de noviembre de 1939.

Biblioteca Enrique Encinas Hospital Victor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dores durante algunos minutos; se presentó, además, delirio, que pasó al cabo de muchas horas; poco después apareció un dolor que partía del cuello y hombro izquierdo y se irradiaba al miembro superior del mismo lado. La intensidad del dolor obligó al empleo de diversos analgésicos, que por no ser suficientes se alternaban con inyecciones de morfina. En los intervalos de calma el sueño era tranquilo, de tres o cuatro horas de duración.

Como la enferma no acusaba signos de mejoría, la familia resolvió trasladarla a esta Capital, por vía aérea; el día 6 de noviembre, a las 7 de la noche, ingresó a la clínica. La enferma tenía 37°.8, 90 pulsaciones, el dolor de cabeza había desaparecido, pues antes de embarcarse recibió una inyección de morfina. Se mandó ejecutar diversos exámenes de laboratorio. En esa noche reapareció la cefalalgia frontal, que se calmó con una inyección de Eucodal. En las primeras horas del día siguiente se efectuó una punción raquídea que dió salida a un chorro de líquido con gran violencia; esta punción calmó notablemente el dolor de cabeza que ya se iniciaba.

El examen clínico realizado en ese momento mostraba : paciente con facies de sufrimiento, en decúbito dorsal, con 37°8 de temperatura; 90 pulsaciones, tensión arterial 12-7 y tonos cardíacos normales.

Al examen del sistema nervioso se constató ligera contractura cervical, Kernig moderado, reflejo patelar y otros reflejos tendinosos se producían, los reflejos superficiales plantares y abdominales normales, no acusaba hiperestesia cutánea.

En cuanto a los pares craneales se apreciaba : ligera paresia del recto externo izquierdo, sensibilidad exquisita en los puntos supra e infraorbitarios derechos; las pupilas, ligeramente dilatadas, reaccionaban a la luz y a la acomodación; el examen del fondo ocular, practicado por nuestro colaborador, el oculista Dr. Julio Raffo, indicó edema marcado de las papilas y dilatación de las venas retinianas.

El examen de los otros pares craneales y demás órganos no mostraba anormalidad alguna.

El análisis de la sangre dió el resultado siguiente: 4.500.000 glóbulos rojos, 8.500 glóbulos blancos; polinucleares neutrófilos 82% : núcleo en bastón 12, núcleo segmentado 70; monocitos 5, linfocitos 13.

El examen de la orina : densidad 1015, ácida, úrea 19%, ácido úrico 0,25%, cloruros 13, fosfatos 0, 90. No hay elementos anormales.

El examen del líquido céfalo-raquídeo : color cristal de roca, albúminas 0.60, globulinas positivo, glucosa 0.50, úrea 0.30, cloruros 6.50, linfocitos 6 por mm3.

Reacciones de Wassermann y del benjuí : negativas.

En vista del cuadro clínico que teníamos al frente, que mostraba múltiples localizaciones en el neuro-eje y meninges, las que además presentaban el carácter de ser parcelares, disociadas, algunas fugaces y que se sucedían a corto intervalo, no podíamos dejar de pensar en un **síndrome meningo-neuro-axítico** probablemente a **virus neurotropo.** Efectivamente, entre las variadas localizaciones del neuro-eje, se observan: la **infundíbulo-tuberiana** en donde parece

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

estar ubicado el centro regulador del sueño, el que, afectado por el virus, habría producido en nuestra enferma la hipersomnia de los primeros días; la contractura de los músculos masticadores, aunque pasajera, era exponente de sufrimiento del núcleo motor del trigémino; la ligera desviación interna del ojo izquierdo, por paresia del músculo recto externo, indicaba compromiso del núcleo del óculo-motor externo; las crisis dolorosas en la región facial derecha, con los puntos sensibles supra e infraorbitarios, revelaban afección parcelar del núcleo del trigémino, pues sólo se hallaban comprometidas sus ramas orbitaria y maxilar inferior; las manifestaciones dolorosas en la región cervico-braquial izquierda, indicaban compromiso de las raíces sensitivas medulares posteriores respectivas; y, por último, la notable hipertensión raquídea, es exponente de intensa excitación meníngea, y el edema papilar y la dilatación de las venas retinianas, son consecuencia de la presión que el aumento de líquido céfalo-raquídeo ejercía sobre las vainas leptomeníngeas que envuelven los nervios ópticos.

La presunción diagnóstica se corroboraba además por la no disminución de la glucosa en el líquido céfalo-raquídeo, que siempre se observa en cantidad normal o aumentada en los procesos debidos a virus neuro-axíticos y, por el contrario, disminuída en las reacciones meníngeas a otros agentes infecciosos.

Dadas las características clínicas del caso, pensamos que además de los diversos medicamentos que se debían emplear en el tratamiento, se hacía necesario practicar punciones raquídeas repetidas, para poder dominar el edema papilar, que era producido por la enorme presión del líquido céfalo-raquídeo sobre las envolturas meníngeas de los nervios ópticos, los que estaban en inminente peligro de alteración, si no se empleaban medios enérgicos; teníamos presente esta terapéutica empleada con buenos resultados por el Prof. CLAUDE al ocuparse, en una conferencia pronunciada en Paris, en 1922, de las **meningitis serosas con hipertensión raquídea;** el Dr. Raffo manifestó el mismo parecer; pero creímos necesario escuchar la opinión de otro colega, el Dr. J. O. Trelles, para saber si tenía el mismo concepto tanto en lo relativo al diagnóstico como al tratamiento; dicho colega manifestó estar de acuerdo con nosotros.

Desde el 7 de noviembre de 1938 hasta el 1º de abril de 1939, continuó evolucionando el proceso con sus crisis dolorosas faciales del lado derecho, que, aunque intensas, aparecian más alejadas, durando las remisiones algunos días. En los primeros días se presentó un ataque de convulsiones tónicas con pérdi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

da del conocimiento por breves minutos, el que no volvió a repetirse. Apareció también un dolor en el miembro inferior izquierdo, de tipo radicular y polineurítico, pues acusaba hipersensibilidad en los puntos de emergencia de las raíces lumbo-sacras y en los nervios periféricos, que eran también dolorosas a la presión, lo mismo que las masas musculares. Por dos veces se volvió a presentar contractura pasajera de los músculos masticadores. Posteriormente tuvo, sin causa aparente, espasmo glótico de duración corta. Apareció después dolor al lado izquierdo de la cara, con puntos sensibles a la presión supra e infraorbitaria, pero no con la intensidad del lado opuesto; esta manifestación duró algunos días.

Además de la variada terapéutica empleada en nuestro caso, se resolvió, dado el estado del fondo del ojo, repetir la raquicentesis; después de la efectuada el 7 de noviembre, se verificó la segunda, el 9 del mismo mes, dando salida a líquido de aspecto normal pero con 120 cc. de presión al Claude; el análisis fué semejante al primero ya enunciado; la tercera se efectuó el 10 de noviembre, obteniéndose el líquido ligeramente hemático y con 100 cc. de presión; la cuarta, el 11 del mismo mes, de igual aspecto que el anterior y con 100 cc de presión; la quinta, el 13, de aspecto ligeramente hemático y 20 cc. de presión; la sexta, el 15 del mismo mes, de igual aspecto y 22 cc. de presión; la sétima, el 21 del mismo mes, aspecto cristal de roca y 6 cc. de presión que aumentó a 15 cc. con la compresión yugular, y que indicaba no haber bloqueo.

Las punciones raquídeas producían alivio en las manifestaciones dolorosas faciales, pero su acción benéfica se dejó sentir claramente sobre el edema de las papilas y dilatación venosa de las retinas, que progresivamente fueron modificándose hasta quedar normalizadas completamente, después de la séptima punción.

Como en el curso de la enfermedad, las crisis dolorosas no desaparecían y alguna vez se intensificaron, el 13 de enero de 1939 se practicó otra punción raquídea, que dió salida a líquido de aspecto normal y 20 cc. de presión.

Conjuntamente con la raquicentesis la terapéutica que se empleó consistió en inyecciones endovenosas, empleadas sucesivamente, de salicilato de soda glucosado, cylotropina, yodaseptine y neoriodina; y por la vía oral urotropina y salicilato de soda.

Debido a la persistencia de las crisis dolorosas hubo de recurrirse a un absceso de fijación que produjo algún alivio; después se recurrió a la radioterapia (tres sesiones) que no produjo modificación, al neuroyatrén que aunque ocasionaba intensa reacción inmediatamente después de la inyección, produjo disminución del dolor; teniendo presente el beneficio que el arsénico orgánico ejerce en la encefalitis que se prolonga, convenimos con nuestro colega Trelles que quedó a cargo de la paciente, durante nuestra permanencia fuera de la Capital en los meses de febrero y marzo del pte. año, en el empleo del sulfarsenol que acabó de dominar el cuadro morboso.

Por supuesto que con la terapéutica anterior de fondo, se hizo uso del suero glucosado hipertónico cuando hubo baja de la tensión raquídea, vitaminas B y C, diferentes analgésicos que reemplazaron al eucodal, que no producía efecto, tales como novalgina, cibalgina, aconitína, que aliviaban el dolor.

Por fin, al terminar el mes de marzo la enfermedad quedó completamente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

	Fecha	Color y aspecto	Presión al Claude	Albúminas	Globulinas: Pandy y Nonne-Apelt	Glucosa	Cloruros	Elementos Celulares
1a. Punción	7-IX-38.	Cristal de roca	Salida a chorro	0.60 ctg.	Hay	0.50 gr.	6.50 gr.	6 linfocitos por mm3. 80% de linfocitos.
2a. Punción	9-IX-	Cristal de roca	120 cc.	0.45 ctg.	Hay	0.55 gr.	7 gr.	8 linfocitos por mm3. No hay gérmenes.
3a. Punción	10-IX-	Rosado y turbio	100 cc.	0.30 ctg.	Hay	0.50 gr.	7 gr.	Abundantes hematíes. Linfocitos.
4a. Punción	11-IX-	Rosado y turbio	100 cc.	0.20 ctg.	Hay	0.55 gr.	7 gr.	Abundantes hematíes. Linfocitos.
5a. Punción	13-IX-	Turbio	20 cc./12 cc.	0.30 ctg.	Hay	0.60 gr.	7 gr.	Abundantes hematíes. Escasos linfocitos.
6a. Punción	15-IX-	Ligeramente turbio.	22 cc./11 cc.	0.30 ctg.	Ligeramente positivas.	0.60 gr.		Hematíes. Linfocitos.
7a. Punción	21-IX-	Cristal de roca	6 cc./5 cc.	0.30 ctg.	Negativas	0.55 gr.		Linfocitos.
8a. Punción	13-I-39.	Cristal de roca	20 cc.	0.20 ctg.	Negativas	0.52 gr.	8 gr.	4 elementos por mm3.

Benjuí coloidal en el L. C. R. 8-IX-38. Resultado: 0000000000000000

Wassermann en el L. C. R. 7.IX.38 Resultado: Negativo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

dominada y el 1º de abril la paciente egresó de la clínica, después de seis meses de enfermedad.

El caso de nuestra observación es interesante, por habernos dado la oportunidad de observar variadas manifestaciones, debidas a localizaciones del virus en el neuro-eje y en sus envolturas. Efectivamente, ha agredido diferentes núcleos grises o agrupaciones de neuronas situadas en diferentes regiones, tales son: en el diencéfalo, el centro regulador del sueño; en el bulbo, el núcleo del óculo-motor-externo, el del trigémino motor, parcialmente el trigémino izquierdo y después el derecho, fugazmente el núcleo motor del pneumogástrico; algunas raíces sensitivas cérvico-braquiales, lumbosacras izquierdas y los nervios periféricos del miembro inferior del mismo lado. El virus neurotropo también afectó los plexos nerviosos coroideos, que, según investigaciones de STOHR y otros, están constituídos por las ramificaciones que se desprenden de los vasos y forman finas mallas en la coroides, observándose en ellas elementos mielínicos y amielínicos y formaciones corpusculares terminales de forma nodular, piriforme, clariforme y aun estructuras semejantes a los corpúsculos de Meissner; en esta estructura nerviosa, que positivamente contiene elementos simpáticos y parasimpáticos, es probable — como piensa MULLER — que se producen reflejos locales, que regulan la producción de líquido céfalo-raquídeo en los plexos coroideos, su centro principal de producción, según la mayoría de los observadores; dichos reflejos se producirían, según DIXON, HALLIBURTON y FLEXNER bajo el influjo de las hormonas o de tóxicos.

En nuestro caso, pues, bajo la acción del virus que afectó el neuro-eje y que fué eliminado hacia el líquido céfalo-raquídeo por intermedio de los espacios peri-vasculares — modo de eliminación sustentado por muchos observadores, como CLAUDE, BARRE, METZER, ALAJOUANINE, HORNET, ANDRE, BOSCHI, de Ferrara, etc.—, era excitado el sistema nervioso y coroideo y como consecuencia había hiperproducción de líquido.

La notable hipertensión raquídea dió lugar, a su vez, a otra clase de manifestaciones en los centros, debido a acción mecánica, tal como el edema papilar y el estancamiento de la circulación en las venas de la retina; la crisis convulsiva tónica que presentó nuestra enferma, obedecía también a la presión que el líquido subaracnoideo aumentado ejerció en la corteza a nivel del **flumen rolandico**, ya por excitación que se irradiaba a los núcleos centrales, ya por inhibición de ella, en consecuencia convulsiones por liberación.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

No queda duda que nuestro caso ha sido generado por un virus neurotropo; ahora nos preguntamos si es el de la encefalitis de VON ECONOMO o neuroaxítico de SICARD, que entre nosotros ha determinado muchos casos, desde 1919 hasta la fecha, algunos de los cuales hemos observado; o si nuestra enferma fué atacada por el virus de la encéfalo-mielitis equina, que en esos mismos días determinó una pequeña epizootía en la ciudad de su residencia. A este propósito debemos rememorar las lecciones que sobre Patología animal, dió en 1938 el Dr. Tabusso en la Escuela de Agricultura y Veterinaria y los apuntes de Epizootiología peruana, del mismo autor, publicados en 1935, en los que se consigna el dato de que a partir de 1931 se ha observado en una zona de la costa norte del Perú, una grave epizootía que produjo una mortalidad de ciento por ciento, a la cual se han sucedido en los años siguientes otras menos intensas y de menor gravedad.

Aunque la encéfalo-mielitis equina se conoce en la América del Norte hace 60 años, sólo en 1932 MEYER observó tres casos humanos, a los que se atribuyó origen equino. En 1938 se señaló otros seis casos humanos, en Minessotta, cinco de los que tuvieron contacto con equinos enfermos. En este mismo año se desarrolló una epizootía de encéfalo-mielitis, en Massachusetts y Rhoden Island; murieron en dos meses 200 caballos, pero al mismo tiempo se produjeron en la misma localidad 43 casos humanos, 8 de ellos mortales que permitieron el estudio de las lesiones del neuro-eje, que se encontraron semejantes a las producidas en la encefalitis de Von Economo, es decir : focos diseminados de encefalitis, infiltración celular perivascular de los vasos penetrantes del parénquima, acumulación de leucocitos en los núcleos grises centrales, en la protuberancia y parte superior de la medula cervical; se observó además congestión intensa de las meninges.

Ultimamente, en julio de 1939, LARIMER y WIESSER relatan 16 casos humanos en el curso de una epidemia de encéfalo-mielitis equina, en EE. UU., en el Estado de Yowa, en agosto y septiembre de 1938, de los que fallecieron 4; en 2 se realizó la necropsia y se pudo comprobar alteraciones semejantes a las encontradas anteriormente. Se logró aislar el virus e identificarlo con el de la encéfalo-mielitis equina; se manifestaron receptivos diversos animales de laboratorio : conejo, cobayo, mono y ratón.

PLIQUET, que en el presente año de 1939 ha publicado en "La Presse Medicale" un interesante trabajo sobre la encefalitis huma-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

na y equina, rememora la encefalitis epidémica que apareció en los frentes de batalla durante la guerra mundial, y se pregunta si la gran cantidad de caballos pertenecientes a los regimientos norteamericanos, que acudieron a los campos de lucha, sería la que introdujo la epidemia en las unidades militares.

Creemos, pues, que entre nosotros surge la misma presunción, con tanta mayor razón, cuanto que en la misma época de nuestra enferma se ha observado otros casos procedentes de la misma zona, otro más por nosotros y dos tratados en esta Capital por el Dr. Trelles, fuera de los casos benignos que probablemente han existido y que en consecuencia no han sido filiados.

BIBLIOGRAFIA

TH. ALAJOUANINE, J. HORNET, R. ANDRE : "Le feutrage aracnoidien spinal posterieur", **La Presse Medicale,** 1936, N° 34.— GAETANO BOSCHI : "Meningitis sereuses ou ventriculaires", XIII Reunion Neurolcgique Internationale Annuelle, in **Revue Neurologique,** t. I, Paris, 1933.— H. CLAUDE : "L'hypertension intracraneanne et les meningites sereuses", in **Questions Neurologiques d'Actualité,** 1 vol., Masson Edit., Paris, 1922.— MAX GONZALEZ OLAECHEA : "Aracnoiditis espinal pseudotumoral en el curso de una neuro-axitis", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 4.— L. R. MULLER : **Sistema nervioso vegetativo** (Traducción de la IV edición alemana), 1 vol., Espasa Edit., Barcelona, 1937. — ANDRE PLICHET : "Rapports entre l'encephalite humaine et l'encephalomyelite du cheval", **La Presse Medicale,** 1939, N° 6.— M. E. TABUSSO : **Apuntes de Epizootiología,** Lima, 1935. — TABUSSO : **Lecciones de Patología animal en la Escuela de Agricultura y Veterinaria,** Lima, 1938.— Varios : "Human Equine Encephalomyelitis", **International Medical Digest,** 1939, N° 207.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LA DOCTRINA DE FREUD

Por **HONORIO DELGADO**

La muerte, que Freud esperaba desde hace varios años,* ha puesto término a una inmensa e infatigable producción original. Su conjunto manifiesta que en el fundador del psicoanálisis se debe considerar tan importante el talento del expositor y argüidor imaginativo como la inclinación a inquirir las cosas humanas. En él no son gala accesoria del genio la artística y suasoria manera de exponer las observaciones clínicas ni la predilección por hilvanar suposiciones en serie, combinándolas a menudo con asuntos de ficción. Y no se puede achacar a capricho que alguna vez declarase Freud que hubo de resistir a la tentación de dedicarse a novelista de la vida íntima de sus enfermos y que la última de sus obras haya sido una hermenéutica de la religión de los primitivos hebreos basada en la hipótesis de que Moisés fuese egipcio.

No es nuestra intención ocuparnos aquí de la habilidad literaria de Freud, sino del fondo de su pensamiento. Pero deseamos indicar que no creemos extraños a su vena novelesca los defectos de su construcción teórica, así como la gran popularidad de ésta (aparte, naturalmente, del "escándalo" anexo a la cuestión sexual y de la "revolución" contra las buenas costumbres que apareja el cómodo relativismo materialista). Así tenemos un indicio para distinguir, hasta donde nos sea posible, lo que hay de firme en la doctrina psicoanalítica original de lo que es demasía heurística o sutileza de sistema, lo que es fruto de la observación certera, de la construcción desiderativa a base de meros vislumbres.

Antes de entrar en materia es pertinente que dejemos en claro nuestra actitud respecto del movimiento psicoanalítico. Reconoce-

---

* En la autobiografía que publicara en 1925 Freud daba por terminada su obra en estos términos : "advertido de mi próximo fin por una grave enfermedad, puedo pensar con íntima tranquilidad en el término de mi propia producción". (**Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen,** t. IV, Leipzig, 1925, p. 39.)

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mos que es motivo de satisfacción para nosotros haber abrazado con entusiasmo en la juventud las ideas de Freud y haber estudiado asiduamente después su producción, así como la de sus seguidores y sus críticos. El hecho es que cebado nuestro espíritu por la pasión de Nietzsche — inspirador de Freud — al iniciar los estudios de medicina, acogimos con extrema curiosidad las primeras nociones acerca de la psicología de los abismos del alma. Entre las lecturas iniciales recordamos el par de artículos que Freud publicara en **"Scientia"** el año 1913, cuyo efecto fué promover en nosotros la búsqueda deliberada de las fuentes. El primer libro sistemático que estudiamos en seguida fué **Psychoanalysis. Its theories and practical applications,** de A. A. Brill, al que siguieron las traducciones inglesas de las obras de Freud y prácticamente todas las obras existentes por entonces en los idiomas que nos eran conocidos. El aprendizaje del alemán acabó de abrirnos la perspectiva. Años después, en casa del propio Freud, nos decía la princesa María Bonaparte que gracias al psicoanálisis el alemán se hacía idioma internacional. Sin duda esta es una afirmación exagerada, pero corresponde a la verdad en nuestro caso — afortunadamente el preciso instrumento verbal nos sirvió para lograr muchas otras adquisiciones.

La práctica del psicoanálisis desde hace casi un cuarto de siglo nos ha permitido tanto aquilatar cada vez con mayor precisión la fecundidad del punto de vista dinámico psicogenético cuanto reconocer el desenfreno de gran parte de las explicaciones freudianas. Nuestro criterio se ha independizado gradualmente por obra de la experiencia clínica y psicoterapéutica. En este proceso no se trata de la sustitución de una preferencia teórica o metodológica por otra sino de la corrección progresiva de una actitud influída por el trasoñar con esquemas hermenéuticos aplicables a todos los procesos de la vida psíquica. Es claro que semejante corrección tiene apoyo en la parte sólida del mismo método de indagación analítica : el escudriñamiento de los casos clínicos en profundidad y a lo largo de la existencia.

PSICOTERAPIA MAGNA

Aunque en la práctica del médico de todos los tiempos se incorpora la influencia curativa de lo psíquico, la psicoterapia tiene historia exigua en tanto que modo de proceder deliberado. Y sólo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con la manera le pensar y actuar promovida por Freud alcanza la importancia de una disciplina superior, comparable, como técnica terapéutica, con la alta cirugía. Sin embargo, el hecho histórico que marca la transición entre la psicoterapia menor, casi exclusivamente sintomática, y el psicoanálisis, esencialmente reconstructivo, se debe a la investigación de la mentalidad de los histéricos sometidos al estado hipnótico. Como es sabido, simultánea e independientemente, Pierre Janet y Josef Breuer, en el octavo decenio del siglo pasado,* verifican la acción curativa de la reminiscencia de los acontecimientos que se revelan como patógenos de los síntomas. Es ejemplar el caso de Anna O., que Breuer relata en el libro **Studien über Hysterie,** publicado en colaboración con Freud el año 1895. Desde que la paciente, en estado hipnótico, reconstruye la escena olvidada en que ve a un perro repugnante bebiendo agua de un vaso y el asco que tuvo que disimular por educación, cesan los espasmos del esófago, que padecía desde algún tiempo y le impedían pasar un sorbo de agua. De igual suerte desaparecen los demás síntomas, a medida que la enferma refiere los recuerdos relacionados con el origen de los mismos, lo cual ocurre según un orden particular : de los hechos más recientes a los remotos. Breuer llama método catártico a este procedimiento de cura por la comunicación al médico de los recuerdos evocados bajo la influencia del hipnotismo.

Freud colabora con Breuer en la práctica de tal método y aporta nuevas observaciones que ambos publican y comentan separadamente en el libro mencionado. Ya desde entonces apuntan en el espíritu de Freud ideas que son esenciales para el desarrollo del psicoanálisis. Naturalmente, aquí no revisaremos las etapas de ese proceso; sólo indicaremos su culminación. El método psicoanalítico, tal como lo propugna Freud, implica colocar al paciente en condición receptiva respecto de su propia actividad subconsciente y de suerte que el médico sea un oyente tranquilo de sus asociaciones libres, algo así como un espejo anímico, gracias al cual el enfermo se contempla a sí mismo con creciente objetividad. Las asociaciones

* Janet, por entonces profesor de liceo en Chateauroix y en el Havre, realiza sus investigaciones que publica como tesis doctoral en 1889 con el título **L'automatisme psychologique.** Breuer hace sus descubrimientos estudiando el primer caso en 1881 y 1882 y publica en colaboración con Freud una nota preventiva en 1893 : "Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phaenomene", **Neurologischen Zentralblatt,** N° 1-2. Cuando Freud estuvo en París el otoño de 1885, el nombre de Janet no era conocido en la Salpetriere.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

libres u ocurrencias todo lo espontáneas que sea posible — que el médico suscita haciendo presentes al espíritu del enfermo los síntomas, los lapsus y actos equivocados o, principalmente, los ensueños — ofrecen los datos gracias a los cuales el paciente llega a comprender el sentido psicológico de sus síntomas; sin necesidad de hipnotismo, recuerda los hechos que han generado su neurosis o se percata de los conflictos que constituyen la razón de ser de la misma. Ciertamente, en muchos casos no se logra asociaciones libres o éstas son tan escasas que dificultan la prosecución del tratamiento. El mismo Freud reconoce que siempre hay una resistencia de parte de la mentalidad consciente, que impide o dificulta el acceso de lo reprimido. Lo que se explica con el tercer factor, que consideramos después, es por qué se mitiga la represión — por qué las asociaciones libres vencen la acción de la censura, cuya función es eliminar de la conciencia lo que el analista quiere descubrir. Lo cierto es que, en condiciones favorables, con este sistema de producción espontánea salen a luz recuerdos que no se evoca al hacer la anamnesia. Más grave es la dificultad relativa a la falta de trabazón entre las asociaciones y la patogenia de la neurosis — asunto del que trataremos después. El método de Freud implica, en segundo lugar, la interpretación de los productos de la asociación de las ideas. El médico en esto también debe ser lo más pasivo posible, de suerte que el sujeto en tratamiento descubra por sí mismo los nexos entre sus experiencias vividas en el pasado y el cuadro clínico, la significación de los símbolos de la neurosis, que, como las escenas de los sueños, son apariencias de un juego de fuerzas subconscientes, substancia manifiesta con un contenido dinámico latente. Pero la capacidad del sujeto para tal interpretación es limitada; a menudo no puede distinguir en la muchedumbre de recuerdos y ocurrencias lo que constituye la unidad del conjunto, la tendencia o la constelación de tendencias a que obedece su actualización. Entonces el psicoanalista dirige la atención del paciente, tratando de hacerle inteligible lo que en apariencia es suma de trivialidades o caos de pensamientos. De esta manera convierte en conocimiento de sí, reconstructivo y salutífero, lo que se da como aportación desarticulada. En efecto, según la concepción freudiana, por el hecho de hacerse consciente lo reprimido, pierde su carga de energía y se muestra caduco y sin valor. En otros términos, el efecto terapéutico del psicoanálisis es vigorizar el yo, hacerlo más independiente del superyo, extender su campo de percepción y ampliar su organización

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de modo que pueda apropiarse nuevas porciones del ello. El tercer aspecto principal del procedimiento psicoanalítico es el gobierno de la transferencia, o sea de la actitud del enfermo frente al médico, que según Freud es una relación de naturaleza sexual. Este sería el factor más importante del proceso terapéutico, gracias al cual el paciente proyecta subsconcientemente en la persona del psicoanalista los objetos de amor frustrado desde la infancia; y, frente a una especie de testaferro polivalente, revive y satisface de manera sublimada y tardía — como quien reconquista el tiempo perdido — los deseos sexuales que fueron reprimidos. El manejo de esta relación es la parte más difícil de la cura psicoanalítica. El propio Freud reconoce los peligros que entraña y la dificultad de lograr una transformación gradual y adecuada de las tendencias inmaduras. Uno de los escollos más frecuentes es la transferencia negativa, en que se actualizan tendencias hostiles al médico tratante. Por otra parte, siempre pone a prueba la habilidad del analista la terminación de la transferencia y con ella la del tratamiento del caso. En teoría debe quedar el paciente apto para valerse por sí, sin el apoyo del médico, funcionando su aparato mental con pleno ejercicio del principio de la realidad y no señoreado por el del placer. En su conjunto la cura psicoanalítica es un proceso de rectificación del modo de reaccionar frente a los acontecimientos, lo que implica una transformación de la manera de ver la vida y de comportarse. Por tanto, no sorprende que requiera un tiempo prolongado : raros son los casos que benefician de un tratamiento, con sesión diaria de psicoanálisis, que dure seis meses o menos. Por lo demás, se debe aplicar el psicoanálisis sólo a los casos en que han fracasado los métodos psicoterapéuticos más sencillos, después de examinar si semejante clase de tratamiento está indicada para la enfermedad mental que sufre el sujeto y si éste, por su personalidad y su inteligencia, es apto para ello.

Ahora consideraremos críticamente los factores mencionados. A nuestro entender, los tres encarnan adquisición preciosa y definitiva para la técnica psicoterápica. El escudriñamiento analítico con las asociaciones libres o recursos análogos en muchos casos ofrece una información útil que no se logra con la simple anamnesia. Pero la experiencia enseña que sólo de manera excepcional puede adquirirse con sólo las asociaciones libres datos suficientes para reconstruir la historia de la neurosis y la del paciente mismo. Además la concepción de la actividad subconsciente como una estructura de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

intenciones bien definidas no se pone en claro con este sistema de sonsaque, salvo en el caso de neurosis y personalidades simples Después volveremos sobre el criterio freudiano de la actividad subconsciente. La labor interpretativa, que ilumina el espíritu del paciente acerca de sus síntomas y que le hace ganar terreno en el conocimiento y señorío de sí mismo, también es una adquisición de positivo valor, fecunda en posibilidades buenas. Lo malo es que no hay una hermenéutica psicológica absolutamente objetiva, sino infinidad de puntos de vista y teorías a que se ajusta la interpretación de cada psicoterapeuta. Los psicoanalistas creen que las teorías de Freud son la clave de todos los símbolos y misterios del alma humana. Por ende, su interpretación en todos los casos encarna de manera explícita o implícita tal concepción unilateral, que en el fondo denigra la índole de los instintos y valora de modo mezquino las más altas posibilidades formativas del espíritu humano. No se puede argüir que los pacientes mismos hacen la interpretación ayudados de manera neutral por el analista, pues la influencia de la doctrina se incorpora forzosamente en la menor expresión directiva — aparte de que por regla general los psicoanalistas son fanáticos de sus dogmas, ansiosos de persuadir a todo el mundo, y aparte de que muchos pacientes van a la cura ya imbuídos de especulación psicoanalítica, con la fuerza tremenda de la sugestión en personalidades mal protegidas. La misma distinción de un aspecto plausible y otro impugnable se justifica respecto de la transferencia. Freud ha descubierto un hecho lleno de consecuencias en toda relación entre médico y paciente : un vínculo que nace de la profundidad de la vida anímica de éste, cuya consideración y gobierno por parte de aquél son de gran momento para el resultado que se persigue, sobre todo en una cura psicoterápica prolongada. La función terapéutica de la transferencia es que, siendo en principio una relación de dependencia, bien dirigida puede permitir al enfermo conquistar su libertad respecto de las influencias perturbadoras. Lo confutable es la explicación sexual de ese vínculo. Se trata de un contacto entrañable de persona a persona, en que el paciente se entrega, receptivo y lleno de fe, a la influencia directiva del médico, un contacto en que nace una actitud nueva, un estado de alma abierto a posibilidades espirituales salvadoras e incitantes del desarrollo íntimo; un contacto tanto más fecundo en bienes cuanto más conocimiento, tino y responsabilidad incorpore el profesional. Evidentemente, la transferencia puede implicar una

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

virtualidad erótica, de índole semejante a la amistad o al afecto entre discípulo y maestro, pero sin la menor relación con el instinto genital. Esto no obsta que en algunos casos la transferencia asuma los caracteres de enamoramiento sexual. En efecto, raro será el psicoterapeuta que no se haya visto convertido alguna vez en objeto de adoración o deseo durante el tratamiento, teniendo incluso que interrumpirlo por no cesar la pasión adventicia. Pero esto es una excepción a la regla, una degeneración de la transferencia, como es una degeneración del eros pedagógico la inclinación voluptuosa de los adolescentes, sobre todo del sexo femenino, a sus preceptores.

Algunos de los más eminentes discípulos de Freud se han alejado del maestro por discrepancias de doctrina. Los más han esclarecido diversos aspectos de la realidad de la mente humana, de las neurosis y la manera de tratarlas. Al lado de ideas fecundas y procedimientos acertados ellos también embaluman el conocimiento con exageraciones y teorías superficiales o alambicadas. De todos modos, el nacimiento de la psicoterapia magna ha sido posible sólo con las aportaciones de psicoanalistas disidentes tales como Jung, Adler, Siberer, Maeder, Stekel y Rank. Pero la psicoterapia adquiere tal calidad y tiende a lograr base científica unitaria sólo gracias a los psiquiatras independientes respecto al movimiento psicoanalítico que han sometido a la prueba de la experiencia y de la crítica las ideas y procedimientos técnicos de los creadores, no sin contribuir con frutos de la propia investigación e invención. Entre ellos se distinguen Stransky, Kogerer, von Hattingberg, Goering, E. Straus, Kronfeld, Kretschmer, Allers, Schwarz, Schultz, Heyer, von Weizsaecker, Kranefeldt, M. Müller, Mauz, Speer y Meinertz. Naturalmente que no pocos de estos depuradores incurren igualmente en unilateralidad y esquematización. Sin embargo, sus obras — renovadoras también de la psicopatología — y su ejemplo pueden servir para la preparación de especialistas y médicos prácticos capaces de ejercer una psicoterapia curativa y profiláctica mucho más diferenciada — con infinidad de recursos y aplicaciones — y con solidez mayor que los médicos de las generaciones anteriores. Esto no quiere decir que cualquier psicoterapeuta nuevo sea superior a cualquiera antiguo, pues la experiencia personal y sobre todo la aptitud artística, personalísima, no se adquieren en ninguna escuela y menos en libros. A la investigación analítica — no necesaria en todos los casos — y al logro de una comprensión penetrante

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del alma del enfermo, la nueva psicoterapia apareja la labor psicagógica o reductiva a base de un saber antropológico de amplios horizontes y del respeto por la singularidad de la vida íntima de cada paciente, que no se repite ni cabe en ningún esquema teórico.

PSICOLOGIA DE LAS PROFUNDIDADES

La exposición de los puntos capitales de la obra de Freud se facilita considerando su modo de explicar la actividad psíquica normal antes de tratar de su teoría de los desórdenes mentales, aunque, por otra parte, ésta sea inseparable del psicoanálisis como técnica curativa. Este orden corresponde también al curso histórico de la producción del creador del psicoanálisis. En efecto, después del libro sobre la histeria, en el siglo pasado publica sólo unos pocos trabajos psiquiátricos, cuyo conjunto apenas consta de doscientas páginas. En cambio, entre 1900 y 1905 publica cinco obras sobre psicología normal, destacándose la voluminosa acerca de la interpretación de los sueños, escrita desde 1896. No creemos que se trate meramente de que Freud quisiera aplicar a la actividad normal de la mente los puntos de vista logrados con el estudio de los casos clínicos. Aunque esto haya obrado como acicate, sobre todo para la concepción de la obra acerca de la psicopatología de la vida cotidiana, nos parece factor principal la necesidad de buscar un fundamento teórico general a la dinámica de los procesos psíquicos tanto patológicos cuanto normales.

Con el convencimiento de que en la cura de las neurosis las asociaciones libres permiten retraer a la vida consciente lo que fué eliminado de ella en un acto defensivo de la tranquilidad personal, Freud aplica el mismo criterio a una serie de irregularidades de la actividad psíquica del hombre normal : equívocos, errores, descuidos, olvidos, acciones frustradas y hasta las facecias y los ensueños. Aparentemente sin sentido, pueden responder a intenciones que desconoce el sujeto por ocultarse a su vida consciente. Así se presentan como susceptibles de comprensión o por lo menos de explicación, al mismo título que los síntomas neurósicos, los cuales prima facie también carecen de contenido inteligible. De esto se deduce que para explicar la conducta de un individuo no basta el testimonio de su conciencia, que el yo no es dueño de todas sus acciones y expresiones y que las fallas atribuídas ordinariamente al azar obedecen a propósitos que no salen a luz. Más aún, ciertas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

expresiones inteligibles además de la razón manifiesta tienen una encubierta. El chiste, por ejemplo, a la vez que tiene un sentido inmediato, descargaría impune y subrepticiamente tendencias agresivas o libidinosas.

Los sueños constituyen para Freud material precioso de investigación psicológica en profundidad. Según su criterio, el hecho de soñar no significa un juego de la fantasía incongruente y de lujo, sino una función útil : se sueña para poder dormir. El ensueño es guardián del sueño porque desvía o elimina las excitaciones — sensaciones penosas del organismo, ruidos y otros estímulos del exterior — que de otro modo despertarían al durmiente. En segundo lugar, el ensueño liquida en cierto modo o hace inocuas las impresiones de la vigilia precedente, cuando no se sirve de ellas como factor meramente representativo. Pero la principal función psicológica del soñar es la realización ficticia de deseos que no pueden cumplirse en la realidad. Es cierto que Freud también reconoce la existencia de sueños traumáticos y sueños angustiosos, de prohibición, desengaño y castigo; en ambas clases la imaginación reproduce escenas penosas, y acepta que es difícil explicarlos, sobre todo los traumáticos, manifiestos como eco de impresiones chocantes que pueden ocurrir en cualquier período de la vida. En todo caso, la función del sueño fallaría en una tentativa de satisfacción de deseos en el sentido de pretender trocar el acontecimiento penoso en el cumplimiento de un deseo infantil denegado : esto vale en especial para la última clase de los sueños mencionados.

Los sueños más frecuentes son de satisfacción de deseos. Su logro, sin embargo, no es ostensible en la mayoría de los casos, sino gracias a la interpretación. Según Freud, en los sueños del adulto debe distinguirse la substancia manifiesta o contenido aparente del pensamiento onírico latente. La substancia manifiesta corresponde a lo que recordamos al despertar y es producto de una adulteración o encubrimiento de los deseos íntimos y su modo de satisfacción o sea el pensamiento onírico latente. A la alteración así operada durante el acto de soñar, Freud denomina trabajo onírico y a la que tiene lugar al despertar y después, elaboración secundaria. El pensamiento onírico latente se descubre, pues, gracias al análisis del ensueño, invitando al soñador a dejar fluir y expresar asociaciones libres a propósito de todo el sueño o de las diversas partes del relato del mismo, que se le va enunciando por etapas. De este modo se consigue un amplio contexto de las profundidades que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sirve para la interpretación y la justifica. Según esto, el análisis de los sueños consistiría en seguir un proceso inverso al del trabajo onírico : descubrir los móviles que éste trata de disimular. Los "mecanismos" o procedimientos principales de semejante disfraz son la condensación, el desplazamiento y la simbolización. La condensación une o combina varias imágenes en una sola figura o hace confluir diversas tendencias en el simulacro de un solo acto. De ahí que el contenido de los sueños pueda tener múltiples determinaciones y significados. El mecanismo de desplazamiento tiene por efecto presentar con carácter aparentemente privilegiado una imagen asociada o accidental en vez de la principal, o cargar el énfasis en un fenómeno secundario en lugar del realmente significativo para las intenciones íntimas. Por último, la simbolización consiste en la representación figurativa y sintética de lo esencial del pensamiento onírico latente; es un modo arcaico de expresión, una especie de lenguaje fundamental de imágenes y signos alusivos.

La rehabilitación de la hermenéutica de los sueños debida a Freud tiene una importancia que desborda el campo de la mera oniriología. A pesar de ser desmesurada la pretensión de exactitud en sus resultados, el psicoanálisis ha prestado con esta aportación un gran servicio a la psicología al preconizar la comprensión en profundidad de los productos de la fantasía y del pensamiento precategorial. En efecto, hoy no se puede negar a estas formas de la actividad psíquica una función capital de alivio de íntimas tendencias de la vida personal, además de la relacionada con lo objetivo y trascendente. Esto es, que, aparte de su virtualidad racional y creadora de formas, la imaginación juega un papel en la dinámica de la existencia personal, como desahogo frente a las incomodidades y durezas de la realidad. Si esto fué antes entrevisto, sólo con las investigaciones de Freud ha alcanzado cabal reconocimiento. El lado débil es la índole de la interpretación psicoanalítica, que pretende reducir a pocos mecanismos la riqueza infinita de modos y medios de la menos mecánica de las funciones anímicas. Aparte de su particular teoría de la estructura y contenido de lo subconsciente, el psicoanálisis dogmático falla al considerar que los productos de la imaginación revelan sólo apetitos y no aspiraciones ideales, las influencias del pasado y lo accidental de los estados subjetivos y no la entelequia del desarrollo futuro y la esencia del ser personal etc. Son mezquinos y unilaterales todos los esquemas, teorías y métodos que se apliquen a la inteligencia de este mundo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de libertad sin el don y el arte personal de calar almas, sin la riqueza de puntos de vista de una sólida y amplia formación cultural, sin el respeto amoroso de la filigrana del alma.

Toda la interpretación psicoanalítica de la actividad anímica, normal o anormal, tiene por fundamento la concepción de planos de estructura en profundidad y de dinámica genética causal. Respecto de lo primero, Freud distingue, en primer lugar, tres zonas en la topografía de lo psíquico : la consciente, la preconsciente y la subconsciente. La zona o plano consciente sirve para la inserción del individuo en la realidad exterior por medio de los sentidos, la ordenación temporal, las representaciones verbales, el discernimiento, la razón y la moral; sirve asimismo de exteriorizadora al par que de tope de los instintos. Freud reputa los actos conscientes como tendenciosos respecto de lo subconsciente, como inclinados a dar al sujeto una imagen engañosa de sí mismo y, por tanto, del prójimo y de la humanidad. Como otros investigadores de lo subconsciente, pretende que la parte consciente del hombre es la de menor momento en la economía de su vida anímica. Ella sería como la superficie, debajo de la cual está lo preconsciente. Es preconsciente toda representación, idea, sentimiento etc. que sin ser consciente es susceptible de llegar a serlo, en cualquier momento, sin despertar resistencia de parte de las tendencias o fuerzas de la conciencia. Lo preconsciente tiene, pues, todas las cualidades de lo consciente menos la de ser actualmente consciente. El tercer plano o de lo subconsciente, cuya actividad es ignorada del yo, se caracteriza por desconocer la negación y la duda, por tener cargas de energía psíquica movibles (lo que explicaría los mecanismos de condensación y desplazamiento) y por no ordenarse ni dejarse influir por el tiempo ni la realidad ni los valores morales. Lo subconsciente es, pues, la provincia primitiva, invariable e irracional de la mentalidad. Mientras que entre los dos planos anteriores la comunicación es fácil, entre lo preconsciente y lo subconsciente existe una barrera, que es la censura, órgano de la represión. Se entiende por represión un proceso anímico encargado de mantener fuera del campo de la conciencia las fuerzas instintivas así como las correspondientes representaciones, pensamientos y sentimientos, sea que ellos antes hayan sido conscientes sea que jamás hayan pasado de la condición de subconscientes. Lo reprimido no pierde su fuerza por el hecho de ser subconsciente; por eso representa un gasto constante de energía psíquica. En la práctica del psicoanálisis las

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

asociaciones libres hacen consciente lo reprimido y la resistencia al tratamiento es, en parte, manifestación de la actividad represiva. La censura no logra su finalidad de manera sistemática; lo reprimido a menudo llega a salir a luz por su propia fuerza, si bien, en condiciones normales, sólo indirectamente, gracias a formaciones de compromiso y construcciones compensatorias — interviniendo los mecanismos de desplazamiento, condensación y simbolización. Cuando lo reprimido que logra penetrar en el campo de la conciencia fué alguna vez consciente, entonces se habla del retorno de lo reprimido. La censura relaja su función represora en ciertas condiciones, como el sueño, la fatiga, la embriaguez, la agitación maníaca etc. Hay que agregar que no todo lo subconsciente es reprimido. En efecto, de lo subconsciente pueden surgir tendencias autóctonas sin oposición de la censura. Además, Freud se inclina en sus últimos trabajos a aceptar que porciones del yo pueden ser subconscientes, cuando antes restringía su dominio a lo consciente y preconsciente. También se advierte que el fundador del psicoanálisis tiende al fin de su vida a usar los términos de consciente, preconsciente y subconsciente como adjetivos, como cualidad de lo anímico, más que como planos o "provincias anímicas". Por eso da preferencia a la terminología anexa a su concepción dinámica y evolutiva de la mentalidad individual, que consideraremos después.

Es grande el mérito de Freud en lo que atañe al estudio de la actividad extraconsciente, no tanto por la importancia que le reconoce, pues en esto tiene ilustres precursores, sino por haber iniciado con vigor el método de la explicación psicológica de los móviles y el nexo de procesos aparentemente separados; esto es, afirma la naturaleza anímica de ciertas actividades inaccesibles de modo inmediato. El hipnotismo, por medio de las sugestiones de efecto diferido, permite verificar que el sujeto realiza los actos imbuídos, sin tener conciencia del motivo; incluso manifiesta el proceso de racionalización, esto es, que sin saberlo encubre con pretextos o razones accidentales el verdadero origen de su conducta. Es cierto que para lograr esto se requiere que el hipnotizador ordene al sujeto de experiencia que al despertar no debe recordar lo que se le ha sugerido, sin perjuicio de ejecutarlo. Estamos seguros que sin la obra de Freud, y a pesar de la de Carus, Hartmann, Nietzsche, Ribot etc., la psicología aun carecería de la penetración en profundidad que se ha hecho un bien común. Incluso la psicología de laboratorio reconoce hoy la legitimidad de la génesis subconsciente de ciertas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

operaciones de la mente. "El psicólogo del presente —. declara Ach contra la opinión de Bumke — está obligado a aceptar una vida anímica subconsciente, quiéralo o no. Sin la realidad de lo subconsciente es simplemente imposible una explicación del curso legítimo de las manifestaciones conscientes". En lo que Freud va demasiado lejos — aparte del papel privilegiado que atribuye a la sexualidad — es en adjudicar a lo subconsciente una desmesurada independencia respecto de lo consciente y en dar a entender que el mundo subterráneo de la vida anímica está poblado de estructuras parciales perfectamente definidas, casi como personillas autónomas con intenciones propias, que el análisis pone a descubierto y desenmascara siguiendo reglas simples. En realidad, la cosa es infinitamente más compleja y difícil; lo consciente obra sobre lo subconsciente no sólo reprimiéndolo y obligándolo a encubrirse o revelarse : el hecho de prestar atención a una posibilidad de manifestación subconsciente es un principio de configuración o explicación de algo que antes no fué sino disposición difusa o manifestación parcial de una estructura dinámica imprecisa. La obscuridad de lo subconsciente no logra forma más o menos definida sino con la iluminación de la vida consciente en el incesante devenir de su proceso. Por último, toda interpretación psicológica o entraña una comprensión, gracias a que las relaciones e influencias del contenido se hacen plenamente conscientes, o no pasa de ser una explicación, más o menos plausible, pero siempre conjetural. La aplicación del psicoanálisis rara vez permite algo más que lo último, suposiciones, y la concepción especial de la estructura del ser anímico propuesta por Freud no es más que una construcción hipotética, no demostrada ni susceptible de ser comprobada rigurosamente.

La concepción psicoanalítica del dinamismo de la vida anímica no se limita a lo expuesto. Incluye además una teoría general de los instintos y de la formación del organismo anímico. El juego de las tendencias instintivas se constituye y ordena gradualmente a lo largo del desarrollo individual según las influencias del mundo exterior. En este proceso ontogénico son decisivos los cinco primeros años de la vida, pues en ellos se establecen las estructuras de mayor estabilidad y efecto en la economía de la existencia personal. El elemento anímico fundamental del sistema psíquico es el instinto, el cual está supeditado a la excitación fisiológica. Más precisamente, instinto es la constante de una excitación procedente de la intimidad del organismo : es la expresión anímica de las necesida-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

des corporales. El proceso somático que origina la excitación es el manantial o generador de energía del instinto. El fin del instinto se alcanza en los objetos adecuados a la satisfacción de las necesidades vitales. En el instinto el aspecto subjetivo de experiencia vivida, que en la nomenclatura psicoanalítica se designa como impulsión, no se confunde con el dinámico energético, que es un concepto explicativo. En este sentido el instinto se identifica con la energía psíquica. La actividad de los instintos se regula originalmente según el principio del placer, esto es, la tendencia a buscar lo agradable y a evitar lo desagradable. Pero al constituirse el yo, como veremos después, el principio de la realidad interviene regulando la actividad individual : la adaptación al medio obliga a soportar el desagrado inherente a la privación de satisfacciones. Hay que agregar un tercer principio regulador del dinamismo psíquico, el principio de constancia, por el que la magnitud de las excitaciones tiende a mantenerse al mínimo posible o a hacerse invariable. Además de estos principios, y por encima de ellos, los instintos están sujetos a una ley por la cual en el organismo psicofísico un estado anterior propende a restituirse — es la compulsión de repetir. Con esto tocamos uno de los puntos más llenos de dificultades de la concepción freudiana de los instintos : el instinto de muerte o de destrucción. Durante mucho tiempo el instinto fundamental, si no único, es el sexual o libido. Pero desde 1920 sostiene Freud — convencido del principio de "la tendencia hacia la estabilidad" que enunciara Fechner — que el instinto más profundo, el primario, es el instinto de muerte. El principio del placer queda entonces supeditado a la compulsión de repetir, a la tendencia a la invariación al retorno de los estados previos; y puesto que lo inanimado es anterior a lo animado, el organismo vivo tiende a alcanzar la homogeneidad del mundo inorgánico. De modo que dos son los instintos poderosos : el de muerte o destrucción y el sexual. El uno no aparece sin la compañía u oposición del otro y el primero actúa por lo regular de manera oculta, resultando inocuo por efecto de la intervención del sexual. Cuando se dirige al exterior el instinto de muerte se manifiesta en forma de agresión al prójimo. Resulta entonces que la misión del instinto sexual, representante de las fuerzas integrativas, es "el sostenimiento de la vida y su propulsión a elevados desenvolvimientos", en conflicto incesante frente al instinto fundamental, representante de las fuerzas desintegrativas, amenazador de la existencia e incitador al descenso nirvánico. A esta

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOTECA ENRIQUE ENCINAS
HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"

oposición corresponde una dualidad de formas de la energía psíquica : energía del instinto sexual, llamada también libido, y energía del instinto de muerte. Aparte de estas dos formas de energía, Freud menciona una tercera, ni sexual ni de destrucción, pudiendo aumentar la carga de uno u otro de los instintos. En general, estas tres formas de energía son interconvertibles. En el proceso de la sublimación la transferencia de energía tiene lugar del instinto sexual a tendencias que no son ni sexuales ni agresivas. El yo dispone de cantidades de energía aplicables a objetos de orden social, culto, moral. Así se opera una desexualización de la energía, que entra al servicio de normas ajenas a los fines de la economía mental primaria. Sin embargo, las transiciones de este proceso a menudo permiten establecer la filiación genética, la propensión original de la cual deriva o se distrae la energía.

Con estos datos nos hallamos en condiciones de abordar la concepción freudiana del desenvolvimiento de la mentalidad individual, proceso en el cual siempre juega un papel preponderante el instinto sexual, al punto que teóricamente se confunde con la ontogenia del mismo. El individuo nace con una mentalidad caótica, absolutamente impersonal, el ello, puro reservorio de instintos ciegos. La satisfacción de los mismos se realiza sin más objeto que el propio organismo. Así los primeros períodos del desarrollo son autoeróticos. Poco a poco se diferencian, con calidad especial, sentimientos placenteros en relación con sensaciones localizadas en determinadas partes de las mucosas y la piel : las zonas erógenas. La excitación de estas zonas, entre las que se destacan la boca y el ano, suscita el goce sexual, por apoyarse el instinto correspondiente en las funciones — no genitales — de dichas porciones del organismo. Después se actualizan otros componentes del instinto sexual que dependen menos estrechamente de las zonas erógenas, tales como los instintos parciales sado-masoquistas y la escoptofilia y el exhibicionismo. Cuando se medra el yo, a expensas del ello y por diferenciación del instinto sexual, el autoerotismo no sólo dirige la actividad instintiva al propio cuerpo sino al yo mismo : tal es el narcisismo, el goce sexual consigo mismo por objeto. El desarrollo pregenital del instinto sexual tiene etapas características que no son perfectamente delimitadas ni entre ellas ni en el tiempo : la organización oral, la organización anal-sádica, la situación edípica de curiosidad libidinosa y de formación de teorías sexuales (entre los 3 y los 5 años), por último, el período de latencia, que dura hasta

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

antes de la pubertad, en el cual la sexualidad pregenital es sublimada o reprimida por la formación de las barreras de la vergüenza, el asco y el horror del incesto. Aparte del propio yo, el primer objeto de amor es, para ambos sexos, la madre. Después, en la situación edípica, se manifiesta el amor sensual del niño hacia el progenitor del sexo opuesto, haciendo objeto de aversión y celos al del mismo sexo. Este es el complejo de Edipo positivo, con el cual se establece normalmente la definida elección del objeto de amor sexual — orientación al opuesto, heterosexualidad. Como el niño tiene una constitución bisexual antes de definirse el propio sexo, se manifiesta también entonces el complejo de Edipo negativo, con la conducta opuesta : amor para el padre del mismo sexo y rechazo para el perteneciente al opuesto. Este complejo negativo — intenso sólo en sujetos anormales — puede coexistir con el positivo. El temor de la venganza del padre en la situación edípica tiene como efecto que se constituya el complejo de castración, que se precisa claramente en el espíritu del niño si intervienen amenazas o bromas de cortarle el miembro como castigo del onanismo precoz. Complejo de castración no es nombre adecuado, pues lo que se teme perder no son los testículos sino el pene. Sin embargo, se justifica en teoría por el antecedente filogenético : en el hombre primitivo es frecuente la circuncisión, que para Freud es resto de la venganza que en ocasiones el padre cruel y celoso de los albores de la civilización ejercitaba contra sus hijos.

La diferencia que existe entre la sexualidad infantil y la del adulto, lograda en la pubertad, es que la primera se orienta hacia la importancia de los órganos genitales de tipo masculino, como si no existiera otra clase — sexualidad fálica —, mientras que en la del adulto se trata de la diferencia específica del factor genital masculino y femenino. Esto vale para el varón : la cosa es distinta en la niña, como veremos pronto. Antes de que se establezca el período genital fálico, la vida sexual del niño carece de la noción de masculinidad. La antítesis dominante en el período pregenital anal-sádico es la existente entre la actividad y la pasividad sexuales. En la fase fálica, transición entre la condición pregenital y la madurez genital, la antítesis sexual tiene por polos el órgano genital masculino y la ausencia del mismo (castración). Sólo en la pubertad se establece la diferencia y la oposición entre lo masculino y lo femenino. En el proceso de decadencia del complejo de Edipo interviene la identificación del niño con el padre del mismo sexo. La

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

identificación consiste en que el niño trata de ser como el padre; de acuerdo con la imagen que concibe de éste, cambia su manera de comportarse. El amago de castración favorece el debilitamiento de la situación edípica. Así las tendencias libidinosas del complejo de Edipo son sublimadas gracias a la incorporación **in mente** de la autoridad del padre; así también, la agresividad que antes se ejercitara contra el rival se interioriza, volviéndose contra el propio yo. Sublimadas sus tendencias, socializadas sus finalidades, el complejo de Edipo no es reprimido, sino completamente destruído en el ello. En su lugar nace el superyo, el cual no es sólo la introyección de las exigencias de los padres y autoridades afines, sino eco de las cualidades de las personas ejemplares para el sujeto y de los cánones e ideales de la colectividad. Esquematizando la sucesión de cambios señalados tenemos esta serie : organización fálica — complejo de Edipo — complejo de castración — formación del superyo — período de latencia. En la mujer las cosas son más complicadas. Freud se inclina a considerar en ella la formación del complejo de Edipo, no como condición anterior al de castración, sino a la inversa : a falta del falo —envidiado e inalcanzable—, la niña ama a su padre para tener un hijo de él. El período pre-edípico, de íntima unión con la madre, debe ser más prolongado en la mujer que en el hombre. Entonces los deseos se satisfacen con la madre en forma ambivalente — como objeto de amor y de agresión — y ambisexual, hasta que la niña se percata de que carece irremediablemente de falo. Tal certidumbre la pone en condición de inferioridad respecto del niño y condiciona la formación del complejo femenino de castración; atribuye la carencia de pene propio a su madre, de quien, en consecuencia, se desliga, adoptando al padre como objeto de amor. Por este mecanismo la mujer renuncia a dar valor a su pene rudimentario, el clítoris, y carga el énfasis sexual en la vagina.

De la exposición precedente resulta que la oposición entre la sexualidad y los instintos del yo, que campeaba en las obras de Freud anteriores a, 1920, es sustituída por la lucha entre el instinto sexual y el de muerte. En lo que atañe a la sexualidad y al yo, las tendencias libidinosas se dividen en dos grupos : las que cargan a los objetos ajenos al yo o se orientan hacia ellos y las que constituyen cargas del mismo yo. Con esto, la imagen tópoca de la mentalidad expuesta antes no es ya suficiente. El yo emerge del ello en el curso del desarrollo, gracias a la influencia del mundo ex-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

terior; es la parte organizada de los instintos de esa procedencia, y sirve precisamente para representar y defender al individuo, que perecería en el mundo con el juego directo de las fuerzas ciegas del ello, sobre todo por efecto del instinto de muerte. Gracias al principio de la realidad, el yo puede crecer y diferenciarse sin pérdida de su unidad, transformando en su provecho elementos del ello: gracias al superyo —en parte subconsciente como el yo—, cuya actividad permite al hombre la auto-observación, la conciencia moral y la dirección hacia los ideales, el yo tiene un abogado del esfuerzo de perfección y de "las llamadas alturas de la vida humana". Pero desde el punto de vista dinámico es débil, no dispone de más fuerzas que las que recibe del ello. En conjunto, el yo, "el pobre yo", debe servir las intenciones del ello; cumple su tarea si encuentra las circunstancias bajo las cuales puede servir mejor esas intenciones del ello. Freud — recordando sin duda la bella imagen platónica del alma — compara el yo al jinete y el ello al caballo vigoroso, y declara que este jinete demasiado a menudo tiene que conducir la cabalgadura adonde ella quiere llevarlo. Por lo demás, "el pobre yo" tiene que servir con solicitud y diplomacia no sólo a un amo sino a tres y exigentes : aparte del ello, al mundo y al superyo. Cada uno es fuente de temor o angustia para el yo : de temor real el mundo exterior, de angustia moral el superyo, de angustia neurósica el ello.

Nadie puede negar que Freud ha abierto a la psicología una perspectiva llena de incitaciones fecundas. Con su obra la psicología se ha hecho más genética, más dinámica, más próxima a la realidad de la existencia personal concreta. Los instintos del hombre son hoy evidentes en todas las manifestaciones psíquicas, como su motor esencial; y a través de sus juegos sutiles el investigador puede descubrir pliegues y repliegues del alma no sospechados. La influencia del pasado, el papel de los acontecimientos, desde las vicisitudes infantiles, en la conformación de la personalidad; en general, la repercusión psicoplástica del medio circundante, y en especial el modo de ser y la conducta de los padres y familiares en la economía de la vida anímica y el destino individual — son adquisiciones decisivas para la psicología aplicada. En fin, el conocimiento de la vida sexual se ha enriquecido en no pocos aspectos gracias al psicoanálisis. Junto a todas estas adquisiciones, debidas mayormente a una influencia indirecta de la metapsicología de Freud, tenemos una serie de construcciones impugnables, sin contar el efecto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

descrientador y en veces deletéreo de la popularización de la doctrina. Señalaremos escuetamente sólo algunos puntos débiles de la construcción original. En primer lugar, el criterio energético, base de todo el aspecto "económico" de la metapsicología freudiana, es insostenible. Sólo se puede hablar de cargas o cantidades de energía cuando se trata de un elemento pasible de medida. En psicología es una suposición gratuita, inverificable, sin más sentido que el de una manera figurada de describir ciertos fenómenos — jamás constituye una verdadera explicación. En segundo lugar, el instinto de muerte, concebido como tendencia a retraer lo animado a la condición anorgánica, entraña una petición de principio, pues como propensión connatural a la substancia, ésta jamás habría pasado de los sistemas físicos, inanimados. Además, si la energía de los instintos deriva de la excitación, ¿de qué órganos del cuerpo procede la energía específica del instinto de muerte? Por otra parte, ¿cómo explicar la conversión del instinto de muerte, que debería llevar a la autoaniquilación, en positiva agresión al prójimo? En tercer lugar, el instinto sexual del adulto no tiene en realidad ninguna relación específica con las manifestaciones placenteras de la infancia, las tiene laxas con la curiosidad relativa a los misterios de la generación y los fenómenos de la llamada primera pubertad. Pero el instinto sexual, con sus cualidades, no se manifiesta sino con los cambios de la pubertad. El modo de reaccionar con personas de uno y otro sexo se condiciona seguramente desde la niñez, y si esto influye más tarde en la elección de "objeto", implica que son útiles tales sentimientos pregenitales al funcionamiento del instinto genital, pero no que son las primeras manifestaciones de éste. También es errada y de muy malas consecuencias la identificación de eros y sexo, así como de las diversas clases de amor sin apetito con la libidinosidad. En cuarto lugar, Freud de hecho reduce lo esencial de toda la vida anímica a la influencia de uno o dos instintos. Ciertamente, con frecuencia se defiende de las críticas que se le dirige con este motivo, alegando que reconoce la existencia de los instintos del yo y que los menciona. Pero lo efectivo es que nunca les da importancia y que si trata de ellos es considerándolos simple derivación del sexual o de éste y el de muerte. Fuera de éstos ningún otro juega papel determinante en la psicodinámica. La reducción de la variedad de tendencias instintivas, incluso las espirituales (cuya existencia no reconoce Freud) a uno o dos instintos elementales con función particular es una mera construcción de la fantasía, sin

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

consistencia. Lo mismo podemos decir de la concepción del ello como un mundo, como una inmensa caldera "llena de barbotantes excitaciones", de cuyo ámbito el yo puede conquistar porciones, como los holandeses han ganado superficie al mar. Si el ello es anterior a la excitación de partes del organismo, ¿cuál es su contenido inicial? Si el ello es posterior, ¿cómo se ha generado este reservorio anímico a expensas de excitación fisiológica? Con razón escribe el propio Freud, en una de sus últimas obras, que la doctrina del instinto es nuestra mitología, y que los instintos son entidades míticas grandiosas en su imprecisión. Por último, es exagerada la importancia que da la teoría psicoanalítica a la influencia del medio, con desmedro de las disposiciones endógenas, aunque Freud no cae en los extremos de simplicidad de muchos de sus secuaces. Sostener que todas las formaciones anímicas "llamadas superiores" (Freud) son estructuras puramente artificiales, contra natura, y no que corresponden a esencias irreductibles de la índole humana, sin las cuales no sería posible la aparición del mundo del espíritu, es tan equivocado como creer que un papagayo pueda pensar como el hombre sólo porque repite sus palabras, o que una piedra puede subir sólo porque se lanza hacia arriba infinidad de veces. Repetimos que Freud no siempre da importancia exagerada a las influencias del medio. Así, al tratar de la génesis del superyo, reconoce que la experiencia enseña que, contrariamente a lo que podía esperarse, el superyo puede adquirir el carácter de inexorable rigor también cuando la educación es suave y bondadosa, evitando en todo lo posible amenazas y castigos.

TEORIA DE LOS DESORDENES MENTALES

La tendencia general del psicoanálisis en el campo de las enfermedades nerviosas y mentales es el espíritu interpretativo. La descripción y la nosografía tienen sólo la entidad de factores auxiliares en la tarea de la reducción genética de lo presente a lo pasado y la inteligencia de los mecanismos que entran en juego para la producción del cuadro clínico y su curación por el análisis, cuando esto es factible. En consecuencia, señalaremos en primer término la teoría patogénica general. Las vicisitudes de la vida del niño, sobre todo en el período de la situación edípica, es de grandes consecuencias, no sólo para la formación del carácter, la sexualidad y la elección de objeto de amor, sino para decidir de la salud y la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

enfermedad en el orden psíquico. El desarrollo mental del niño puede sufrir alteraciones, sea por influencias constitucionales o del mundo exterior, en forma de inhibición del progreso con fijación de la fase correspondiente de la organización psicosexual. Tales fijaciones pueden impedir la diferenciación ulterior de la función y predisponer a la regresión libidinosa. De este modo se generan las perversiones y se condicionan las neurosis. La neurosis es el negativo de la perversión en el sentido que aquélla implica la represión de la propensión fijada. En ambas no se produce el proceso de sublimación. Las neurosis se presentan en los sujetos así predispuestos a consecuencia de la privación del cumplimiento adecuado de sus instintos. La fijación previa impide el libre juego de la energía del instinto y sirve de centro de actualización de las tendencias y objetos infantiles correspondientes. La consecuencia de esta atracción hacia modos de satisfacción pasados que operan las fijaciones es la regresión : reavivamiento de propensiones sexuales rezagadas, ya subconscientes, en un proceso de desdiferenciación de la estructura dinámica de la vida instintiva. La sexualidad vuelve a sus querencias infantiles, cuyos objetos varían con las fases libidinosas rehabilitadas : fijación en el complejo de Edipo, en la organización anal-sádica, en la oral o en la autoerótica. Naturalmente que el yo y el superyo no se dejan arrastrar hacia los modos de satisfacción reprimidos, por lo cual intervienen otros mecanismos en la formación de la neurosis. Instigado por el superyo, el yo se defiende del instinto vigorizado por la regresión, de modo que sólo llega a hacerse manifiesto como síntoma, esto es, con el carácter de una formación de compromiso, que se cumple fuera del yo. El yo no se contenta con esto; se enfrenta al síntoma mismo, lo que completa el aspecto de la neurosis. El yo logra vencer en este conflicto con el ello gracias a que se pone al servicio del superyo y de la realidad. Sin embargo, en la regresión no sólo participa el ello, sino también el yo, según rectifica Freud.

En teoría, los síntomas de las neurosis son siempre satisfacciones compensatorias de los deseos sexuales no logrados, pero las sucesivas aportaciones de Freud agregan cada vez nuevas complicaciones. Desde 1925 da más y más importancia a la angustia. Reconoce, como hemos visto, tres clases de temor o angustia, según el frente en que luche el yo : el mundo, el superyo, el ello. En el curso del desarrollo decaen las antiguas condiciones de temor por desvalorizarse las situaciones de peligro gracias al robustecimiento

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del yo. Pero esto ocurre de manera imperfecta en muchas personas que, no pudiendo vencer el miedo de perder el amor de los demás, quedan poco independientes a este respecto, infantiles en su modo de reaccionar. De manera normal el temor frente al superyo no decae nunca, pues la angustia de la conciencia moral es inevitable en las relaciones sociales. Los neurópatas son sujetos que permanecen con un modo de ser infantil por la manera de comportarse ante los peligros a causa de no haber logrado vencer interiormente las condiciones de temor, en realidad extinguidas. En la producción de las neurosis interviene, pues, la retención o reactivación de situaciones infantiles de angustia. Además de la regresión libidinosa y relacionada con ella, interviene el sentimiento de peligro, por parte del yo, que se conserva inmaduro frente a los amagos de angustia. Así la angustia viene a ser causa de represión y no a la inversa, la represión causa de angustia, según la antigua fórmula. Freud se inclina a considerar válida esta última sólo para la histeria. Y la neurosis es identificable con la automatización de las reacciones de angustia, sin objeto actual. Las situaciones de angustia infantil que pueden fijarse o reactivarse en la neurosis son : 1° el traumatismo del nacimiento, 2° las experiencias de abandono, de hallarse en la obscuridad, de encontrarse entre extraños, en suma, el peligro de perder el objeto de amor, propio de la fase pregenital, 3° la separación de la madre, en la fase fálica, con el peligro de castración, 4° las exigencias de la propia conciencia y el peligro de perder el amor del propio superyo, 5° la incertidumbre frente al destino con el peligro de la muerte. A la propensión de rehabilitar estas situaciones angustiosas se debe agregar todavía que la represión de la sexualidad tiene como correlato el sentimiento de culpa, probablemente debido a que el impedimento de la satisfacción libidinosa despierta un impulso agresivo contra la persona objeto de amor, perturbador de la satisfacción y que tiene por consecuencia que sea reprimida la misma agresión. En general, cuando un instinto es reprimido, sus componentes libidinosos se convierten en síntomas y la parte de agresión se trueca en sentimiento de culpa. Freud intenta explicar la frecuencia de la predisposición del hombre a la neurosis por la intervención de tres órdenes de condiciones generales : 1° el factor biológico de la prolongada impotencia y dependencia del niño, manifiesta como sed insaciable de amor, que favorece la diferenciación precoz del yo, con un apego muy marcado a apreciar los objetos protectores; 2° el factor filo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

genético de la interrupción del desarrollo sexual del hombre, una de cuyas consecuencias es que el yo trate como peligrosa la sexualidad infantil e incluso la puberal; 3º el factor psicológico de la imperfección del aparato mental en lo que respecta a la diferenciación del yo y del ello : por considerar reales todos los peligros, tratamos de defendernos con la fuga incluso de los peligros dependientes de ciertas excitaciones o impulsos del ello, pero realmente en este caso no podemos fugar; así, el yo se ve forzado a limitar su propia organización y acepta el síntoma a cambio de frustrar el instinto, y si este renueva sus exigencias, entonces se inicia la neurosis.

En la exposición que precede hemos tratado de dar una idea de la doctrina general de los desórdenes mentales refiriéndonos principalmente a las neurosis. En realidad Freud distingue diversas clases de enfermedades mentales. En lo tocante a las psicosis, respeta lo fundamental de la clasificación de Kraepelin. En materia de neurosis distingue dos grupos : neurosis actuales y psiconeurosis. Las primeras son causadas por perturbaciones fisiológicas de la sexualidad del adulto, que tienen por efecto hacer surgir en el ello una situación semejante en algo al nacimiento, produciendo automáticamente una reacción angustiosa : neurastenia y la neurosis de angustia. La neurastenia sería originada por la masturbación, sobre todo en forma larvada, sin intención consciente del sujeto. La neurosis de angustia, bien individualizada clínicamente por Freud, tendría por causa determinante la práctica de excitaciones sexuales frustráneas. Se suscita una excitación libidinosa que no se satisface, no se emplea; en lugar de esto, la energía desviada de su inversión natural se transforma directamente en angustia. Esa etiología simplísima no se verifica sino en algunos casos. Respecto de la neurastenia hoy puede asegurarse con certeza que su causa no es la masturbación. Con relación a la neurosis de angustia, el ejercicio de la actividad sexual normal es eficaz a veces para curarla, pero no es aceptable la etiología y la patogenia que indica Freud como causa esencial. Los mismos psicoanalistas interpretan las neurosis actuales de maneras muy diversas a la de su maestro.

Las psiconeurosis constituyen el origen de los estudios psicoanalíticos y su tema principal. A ellas nos hemos referido de manera general al exponer las ideas de Freud sobre los mecanismos genéticos de los desórdenes mentales. Lo fundamental en ellas es un conflicto entre el yo y el ello. Son dos : la histeria y la neurosis compulsiva (obsesiones y fobias). La histeria es condicionada

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por una fijación en la fase fálica. El objeto de amor que rehabilita la regresión es la madre o el padre, conforme el complejo de Edipo, y el temor que se actualiza es el de la castración, si no el correspondiente a la pérdida del objeto de amor edípico. El modo de defensa del yo, dominado por el superyo, es la represión con cargas opuestas de energía. La formación de compromiso en el conflicto entre el yo y el ello es de modo que el retorno de lo reprimido se manifiesta en forma de conversión, esto es en un fenómeno de inervación anormal (parálisis, vaginismo, impotencia de erección, movimientos expresivos etc.) La histeria es, pues, la neurosis autoplástica por excelencia : el simbolismo, la condensación y el desplazamiento de lo reprimido que retorna se manifiestan en forma de síntomas corporales. Sin embargo, hay histéricos en los cuales no se manifiesta la conversión o se muestra apenas. En cambio, en otros pacientes el cuadro clínico es dominado por la angustia. De ahí que Freud haya distinguido dos formas : histeria de conversión e histeria de angustia.— La concepción de la índole psicológica de la histeria, inaugurada por Briquet, culmina indudablemente con los esclarecimientos de Janet y Freud. A ambos también se debe la demostración de que ella entraña una reacción con finalidad comprensible. Freud por su parte ha contribuído con importantes nociones de orden clínico. Pero el fundamento general de su teoría de la histeria ha sufrido un mentís, insalvable hasta hoy, con infinidad de observaciones de la Guerra Europea : la comprobación de que los desórdenes surgen por causas actuales que nada tienen que ver con la sexualidad y desaparecen sin otra influencia que la inutilidad del estado anormal.

La neurosis compulsiva se caracteriza por la fijación en la fase anal-sádica, que en el niño se fomenta por la insistencia de los mayores para que desocupe el intestino, lo cual provoca la retención obstinada de los excrementos. El niño repite voluntariamente tal actitud por serle placentero el estímulo de la zona anal. Los rasgos del carácter analerótico del adulto son la desconfianza, la reserva, la avaricia y la escrupulosidad. El temor infantil que se reactiva sería el del superyo en las obsesiones y el de castración en las fobias. Lo reprimido retorna en forma de tentaciones sexuales y agresivas. El yo reacciona enérgicamente frente a los instintos del ello, no tanto con la represión como con los siguientes procedimientos de defensa : "hacer como no acontecido", parangonable con las prácticas mágicas de los primitivos para evitar simbólicamente que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

acontezca lo que se teme; el "aislamiento", gracias al cual ciertas experiencias peligrosas son segregadas de la vida psíquica operante, en forma análoga a lo reprimido, pero sin eliminación de la conciencia y la memoria; la producción de formaciones reactivas. La tendencia compulsiva de repetir se manifiesta amplia y tenazmente en las neurosis compulsivas y con ella, naturalmente, el instinto de muerte en forma de tentaciones agresivas y destructoras de todo orden. El superyo juega un papel predominante en el conflicto, lo que explica el temor de caer en falta y la necesidad de expiación y autocastigo.— También el conocimiento de la neurosis compulsiva ha ganado con las investigaciones de Freud. Gracias a ellas nos son accesibles diversos aspectos de la psicología del obsesionado y del fóbico. Mas no podemos aceptar que en general sea un desorden mental comprensible genéticamente — ni siquiera explicable de manera satisfactoria. Por ejemplo, el carácter llamado analerótico es frecuente en los sujetos con neurosis compulsiva, pero no es constante. Además, la explicación del origen de este carácter no convence, ya que la obstinación en general (si no es una manifestación normal en los niños) y la especial para retener los excrementos pueden ser sólo un producto de la constitución psíquica endógena, al mismo título que la escrupulosidad, la avaricia etc. Aquí ocurriría que se toma como causa lo que es también efecto de un tercer factor. Por otra parte, es evidente que la sexualidad juega un papel importante en las torturas de los obsesionados, pero el estudio prolongado de éstos evidencia igualmente que la sexualidad no es el factor capital : es uno entre otros. En resumen, si es cierto que la teoría freudiana se puede justificar parcialmente en muchos casos respecto a elementos del contenido de la neurosis compulsiva, no es sostenible en lo que se refiere a la génesis de su proceso. Para convencerse de ello no sólo tenemos el fracaso reiterado de la cura psicoanalítica sino la diversidad de causas y de evolución del desorden.

A causa de la manera como ha ejercido la especialidad, Freud ha tenido pocas oportunidades para estudiar debidamente casos de psicosis. Sin embargo, ha publicado algunos estudios importantes, particularmente en los primeros lustros de su producción. Aunque en un principio se inclina a considerar el proceso de algunas de estas enfermedades como psicógeno, tiende después a contentarse con limitar la psicogenia a los síntomas. En todo caso, es plenamente legítimo su criterio de estudiar el aspecto psicológico de toda en-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

fermedad del cerebro que entrañe alteración de la actividad psíquica. El conocimiento de las psicosis endógenas, particularmente la esquizofrenia, justifica tal dictamen, no sólo desde el punto de vista científico de la constitución de la psicopatología, sino desde el práctico de la terapéutica. Hoy no se oculta a ningún psiquiatra que el contenido mental de la esquizofrenia no es sólo obra de la perturbación cerebral primaria, sino que revela considerable influencia de los acontecimientos del ambiente : la experiencia vivida en el presente y en el pasado configura actitudes y manifestaciones no sólo patoplásticas sino patogenéticas de síntomas, cuyo manejo psicoterápico es de no poco momento para el pronóstico y la curación.

Según Freud, las psicosis en general encarnan un conflicto entre el yo y el mundo exterior, salvo la melancolía. La amencia de Meynert correspondería de manera paradigmática a tal concepción. En este desorden de la mente el mundo externo resulta ineficaz o queda completamente extraño a la percepción del paciente; y no sólo desaparece para él la realidad exterior actual, sino también la pasada, pues no la evoca. El amente crea un mundo externo y un mundo interno nuevos, para su uso personal, siguiendo las incitaciones del ello. Este estado de cosas ocurre por haberse hecho la realidad ingrata al yo, y éste logra su deseo de evadirla, de anularla por haber denegado satisfacción a los deseos sexuales infantiles. Se trata de la fuga de la realidad a la psicosis; la situación intolerable de la denegación de los deseos no se puede desligar del conjunto del mundo de la percepción, entonces se niega también el mundo en una fuga de la realidad que es el refugio de lo ilusorio. La amencia de Meynert corresponde primitivamente a estados de confusión alucinatoria aguda y posteriormente es incluída en el cuadro de la esquizofrenia. Hoy el concepto se usa como sinónimo de confusión mental, síndrome frecuente sobre todo en los desórdenes mentales sintomáticos o exógenos. En todo caso, las explicaciones de Freud son inaplicables en lo que atañe a la génesis del proceso, plausibles sí como aspecto parcial reactivo del contenido de cuadros clínicos con perturbación de la conciencia de tipo exógeno, de la esquizofrenia etc. : dificultadas las funciones más diferenciadas de la mente, se producen actividades sin control de la percepción y el juicio, como en los sueños.

Freud aplica a la esquizofrenia su teoría general de las psicosis. En ella se muestra la propensión del yo a hacerse impermeable al mundo externo; por consiguiente, implica el rechazo de los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

objetos externos de amor. La fijación que se reactualiza es la correspondiente a la fase autoerótica. De la misma suerte que una ameba retrae sus pseudópodos al contacto de un cuerpo peligroso, la carga libidinosa se interioriza en la esquizofrenia ante la vulneración de fuera. El desarrollo ulterior de la teoría psicoanalítica de la esquizofrenia se debe a discípulos de Freud, sobre todo a Jung. Lo que ha estudiado el maestro de manera muy penetrante es la formación de los sistemas paranoides. En la esquizofrenia la formación paranoide se inserta en un desgarro de las relaciones entre el yo y el mundo exterior. La interpretación freudiana de la paranoia y de los sistemas delusionales en general se basa principalmente en el célebre análisis de la autobiografía del magistrado Schreber. Lo peculiar a estos desórdenes de la mente resulta ser una fuerte inclinación homosexual, subconsciente, la cual despierta fantasías de la realización de los deseos correspondientes, contra las cuales se defiende el yo. A la inclinación homosexual enfrenta formaciones reactivas opuestas : a la atracción hacia las personas del mismo sexo opone el odio que, entrando en juego el mecanismo de proyección de lo interno al mundo exterior, se convierte en la idea de persecución. Asi, en la paranoia persecutoria tendríamos este esquema del conflicto : lo subconsciente proclama "amo al hombre" — la conciencia reacciona con "no le amo, le odio" — la proyección trueca el "le odio" en "me odia", cuya consecuencia es : "soy perseguido por él". En la forma megalomaníaca los momentos son : "le amo" — "no le amo" — "me amo a mí mismo" — "todo el mundo me ama" — "soy un personaje superior". En la erotomaníaca : "le amo" — "no amo a él, amo a ella" — "ella me ama". En la mística : "le amo" — "no le amo" — "amo a Dios" — "soy su elegido". En la de celos : "le amo" — "no soy yo quien le ama" — "ella le ama". Nos hemos puesto en el caso que el enfermo sea varón; tratándose de una mujer, las cosas cambian **mutatis mutandis.** Esquemas tan escuetos como éstos no dan sino una imagen pálida de las ingeniosas interpretaciones de Freud, a las cuales no se puede negar un positivo valor. Por ejemplo, las formaciones reactivas de defensa y el fenómeno de proyección representan hallazgos inestimables. Pero, en los sistemas paranoides, como en el caso de la neurosis compulsiva, aunque interviene a menudo el instinto sexual, su papel no es el que le señala la teoría psicoanalítica. En algunos casos su manifestación es de primer plano, pero una investigación ahincada muestra que nunca es el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

único instinto promotor del desorden, y nunca las cosas se presentan con la simplicidad de la construcción interpretativa de Freud. En el proceso psicopatológico de la paranoia y de las ideas paranoides desempeñan papel principal las tendencias egotímicas, y los factores que estructuran la dinámica del conjunto dependen estrechamente de alteraciones todavía no esclarecidas en otras esferas de la vida anímica, sobre todo de las funciones que atañen directamente a la conciencia del contacto con la realidad.

Freud considera la melancolía como una psiconeurosis narcisista por corresponder a una fijación autoerótica. El conflicto tendría lugar entre el yo y el superyo, con ventaja por parte del último. Esto explicaría las ideas de autopequeñez y de autoacusación. Además se actualizaría el instinto de muerte en su forma más directa, como tendencia a la autoaniquilación, al suicidio. Alguna vez, con mayor audacia, ha supuesto Freud que la psicogenia de la melancolía podía ser la pérdida de un objeto de amor : una persona a la cual está ligado el sujeto por un fuerte lazo libidinoso le ofende o provoca un desengaño, lo que conmueve la carga libidinosa orientada hacia ella. No se produce, sin embargo, la detracción del afecto a esa persona de modo que la carga libidinosa flotante busque otro objeto fuera, sino que se vuelve sobre el propio yo. Así se produce la identificación del yo con el objeto de amor perdido : la pérdida del objeto se trueca en pérdida del yo. De esta suerte el conflicto entre el yo y la persona amada se transpone en una discordia intestina entre el yo crítico (superyo) y el yo identificado con el objeto de amor perdido. De ahí los reproches y demás síntomas que sufre el yo, como verdadera cabeza de turco. Todo esto no podemos reputar sino como ficciones ingeniosas, lo mismo que las patografías escritas por Freud, como la dedicada a Lionardo da Vinci, paradigma de ligereza interpretativa, que han encontrado infinidad de imitadores.

Nos queda por indicar la manera cómo encara Freud las perversiones sexuales. La explicación original es muy simple : las llamadas anormalidades del instinto sexual son sólo manifestación de tendencias normales en el desarrollo : el niño es polimorfamente perverso. Una falla en el desenvolvimiento de la sexualidad es causa de la fijación de uno o más de los instintos parciales. En lugar de unificarse y concentrarse para acabar por constituir el instinto genital, permanece o permanecen disociados del conjunto y sin sufrir represión eficaz ni sublimación. Conforme esto, la perversión del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

adulto es una manifestación de infantilismo libidinoso. La condición de esa persistencia sería el exceso de excitación sexual, de origen variable y dependiente de la constitución del niño. Sin embargo, no sólo esto decide la génesis de una perversión, sino la relación entre los diversos instintos parciales o componentes de la sexualidad en el proceso de la maduración. El propio Freud sostiene que esta derivación es simple, por lo menos para la mayoría de casos de perversión sexual. Inclusive las de apariencia más simple, como el sadismo y el masoquismo, aparte de que ofrecen con extrema agudeza la agresividad y la libidinosidad adunadas, son susceptibles de diversos condicionamientos. Distingue tres formas de masoquismo — erógeno, femenino y moral — cuya diferencia genética está determinada por los principios de la tendencia nirvánica (instinto de muerte), del placer y de la realidad. El primero entraña el sadismo primigenio que en último análisis es idéntico al masoquismo primario : en un caso el objeto de destrucción o daño es ajeno al sujeto, en el otro es el sujeto mismo. A la tendencia agresiva del instinto de muerte se unen excitaciones libidinosas determinadas y su fusión constituye el masoquismo erógeno. Existe además el secundario, resultante de la introyección (vuelta de fuera hacia adentro) del sadismo proyectado al padre en la situación edípica. El masoquismo femenino se relaciona con el complejo de castración y las fantasías anexas al mismo y a las situaciones características de la cohabitación y la preñez. El masoquismo moral tiene una relación aparentemente menos estrecha con la sexualidad, porque el mecanismo de su producción es más sutil : se trata de una sexualización de la moral, de un reavivamiento de complejo de Edipo o sea una regresión de la moral hacia el complejo de Edipo — proceso inverso al de la formación del superyo, órgano de la conciencia moral. En suma, el masoquismo moral viene a ser una forma de erotización del sentimiento de culpabilidad y el autocastigo correspondiente.

Otra perversión, la principal, estudiada con particular solicitud por Freud, es la homosexualidad. Con un sentido claro de la realidad, da un valor limitado a los caracteres somáticos, en contra de la tendencia reinante en sexología. Estos caracteres no implican factor determinante de la inversión, pues se presentan con cierta frecuencia en sujetos heterosexuales y faltan en casos de homosexualidad indiscutible. En lo psíquico distingue nítidamente dos factores : la manera de sentir el propio sexo y la clase de objeto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

elegido (masculino o femenino). Estos elementos y el somático pueden combinarse de modo variable, sin que uno solo pueda considerarse determinante absoluto de la homosexualidad. Freud zanja también con tino la alternativa de si se trata de una desviación hereditaria o adquirida : la realidad ofrece una continua fusión y gradación de lo que representan tales conceptos en la etiología de la homosexualidad. Quizá si hace más concesiones de las que podría esperarse — y de las debidas — al sostener que la solución del problema del determinismo de la inversión es propia del campo de la biología. Afirma que el psicoanálisis sólo ofrece esquemas explicativos de mecanismos psíquicos que inclinan a un sujeto hacia la aberración sexual, y que tiene una base común con la biología al suponer la índole bisexual de todo ser, pero que no está capacitado para dilucidar la esencia de lo masculino y lo femenino. Está en lo cierto al propugnar la curabilidad de muchos casos de uranismo y tribadismo por la psicoterapia analítica. El análisis de casos apropiados le ha convencido de que, además de los mecanismos de fijación en el amor a la madre, en el narcisismo y en el complejo de castración, puede presentarse otro : las tendencias agresivas contra los hermanos del mismo sexo se hacen tiernas y se libidinizan, por efecto de la represión. Tal mecanismo es inverso del propio de la paranoia persecutoria, en que, según vimos, las personas amadas se vuelven odiadas. Su peculiar espíritu de sistema lleva a Freud demasiado lejos cuando sostiene que los instintos sociales en general son producto de la sublimación de las actitudes homosexuales de todo los hombres. Los invertidos con disposiciones sociales encarnan la anomalía de no haberse realizado de manera completa la separación de los sentimientos sociales de los inherentes a la elección de objeto de amor. Como se ve, la teoría freudiana de la homosexualidad, del sado-masoquismo y — con estas desviaciones como ejemplo — de todas las perversiones sexuales, está muy lejos de corresponder a la simple fórmula inicial : la neurosis es el negativo de la perversión. La complicación de las últimas es tan grande como la de las primeras — y, en efecto, la experiencia enseña que muy a menudo la aparente perversión es una neurosis cabal. Lo dicho a propósito de la sexualidad en general nos releva de hacer aquí comentario crítico. En todo caso, en la esfera de las perversiones sexuales los conocimientos efectivos debidos a Freud superan con mucho a las debilidades de su especulación conjetural.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ANTROPOLOGIA EVOLUCIONISTA

Ciencia de lo mental, parte de la ciencia única, el psicoanálisis es capaz de aprehender la verdadera naturaleza del hombre, forjar una concepción del mundo y enseñar a la humanidad una técnica para el gobierno de su mejoramiento : el psicoanálisis como ritual de la religión del porvenir. De esta convicción está penetrada la doctrina de Freud. Inspirado por Darwin y Frazer y otros etnólogos devotos del evolucionismo positivista, se lanza a la empresa de iluminar con su método hermenéutico los secretos de la génesis y desenvolvimiento prehistórico de la humanidad, de reconstruir las escenas primarias del drama de la cultura, del nacimiento de las instituciones sociales, la religión, la moral y el arte. Le incitan a la tarea barruntos acerca del parentesco genético entre los mecanismos de las obsesiones de sus enfermos y el ceremonial religioso. La fe en la ley biogenética de Haeckel, según la cual el desarrollo individual repite, abreviada, la evolución de la especie, le ofrece la hipótesis de trabajo inaugural : aplicar la ley al dominio psicológico partiendo del complejo de Edipo descubierto en la mentalidad infantil de los neurópatas. Con este punto de partida podemos seguir el hilo de las ideas de tal psicoanálisis en grande. El totemismo, etapa de toda organización social primitiva, apareja la exogamia — tabú de incesto — y el tabú que defiende la vida del totem. Este último es sustituto del padre primitivo : los sentimientos tiernos y de reverencia que suscita el totem en el clan son indicio del arrepentimiento consecutivo al parricidio original. Si se ha llegado a consumar este que hoy llamamos delito, es a causa de los actos tiránicos que el poderoso padre de familia pone en práctica para lograr imponer su voluntad a los hijos con objeto de impedirles la satisfacción de sus deseos sexuales con la madre. La actitud ambivalente de la mentalidad primitiva ante la muerte, expresada en costumbres y ritos, no es comprensible sin el complejo de Edipo. El temor que insipiran los muertos, el afán de alejarse o defenderse del cadáver, la creencia que la muerte — aun la natural — es manifestación de castigo etc., son hechos que cobran sentido con la suposición del parricidio original. La muerte, el demonio y el canibalismo se enlazan en la mentalidad primitiva por virtud del deseo de extinción acicateado por el temor del castigo : devorar el cadáver del enemigo es aniquilar el demonio o espíritu que anima su cuerpo. El sacrificio del padre por los hijos ha sido y es aun

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

costumbre de varios pueblos; y se explica la acción de ingerir los restos, tanto por la superstición de que así las fuerzas del padre las incorpora el hijo, cuanto porque evita que sobreviva nada del padre capaz de vindicar su muerte. De esta manera se identifica el hijo con el padre, después de haberse identificado los hermanos, unos con otros, por tener común el objeto de amor homosexual. Esto entraña el pasaje de la organización social primitiva de la horda patriarcal a la liga o comunidad de hermanos. En ésta la costumbre de aplacar simbólicamente la malquerencia del padre muerto no logra acallar el temor de la venganza y el sentimiento de culpabilidad. En la mente de los hijos las cosas pasan como si el espíritu del difunto burlase todos los medios de aniquilación y, según la superstición animista, en tanto que enemigo impalpable e implacable continuase torturando a los vivos. En la mentalidad de los hijos la supervivencia demoníaca del padre sacrificado acaba por convertirse en el ideal de la comunidad de hermanos, constituyendo una nueva fuerza psíquica de coalición. Aun en las religiones de los pueblos más cultos el pecado original, el sacramento de la comunión y, lo que es más importante, la creencia en Dios son residuos del parricidio prístino y de las reacciones ulteriores del psiquismo salvaje.

La familia es el núcleo de acciones y reacciones determinante del proceso evolutivo que va del animal al hombre, del supuesto individualismo inconsciente a la sociedad estructurada por las influencias interindividuales; de las necesidades materiales privadas a la tradición formativa de instituciones y modos de existencia social. Lo que promueve la constitución de la familia es la necesidad de satisfacción genital continuada : el apremio masculino de no deshacerse de la mujer. Conspira también en el mismo sentido el deseo femenino de no separarse de los hijos, manteniéndose con ellos bajo el amparo del padre, cuya tiranía acabará por suscitar la liga de hermanos (hijos rebeldes) con el parricidio y sus consecuencias. Interviene asimismo, pero subsidiariamente, la utilidad de la colaboración en el trabajo para mejorar las condiciones de la vida. En todo caso, la satisfacción del amor genital es la verdadera promesa de felicidad. Mas no puede lograrse sino en la promiscuidad, imposible para la gran mayoría cuando progresa la sociedad, que desde su origen es represión exterior de las transgresiones sexuales. De esta manera el común de los hombres es obligado a renunciar a la libertad sexual. La consecuencia de semejante inhibición es que la libidinosidad se sublima en forma de amor al pró-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

jimo. Transformación semejante sufre la agresividad instintiva : sus fines objetivos encuentran una barrera exterior, social. A la privación de la libertad sexual se agrega, pues, la pérdida de la libertad de agresión al prójimo, para explotarlo por su capacidad de trabajo, para apropiarse de él, humillarlo, martirizarlo y matarlo. Obstaculizada la exteriorización de la agresividad, se vuelve contra el propio yo : tal es una de las condiciones de la formación del superyo, que surge del yo y acaba por imponerle restricciones. La otra condición genética del superyo es la mencionada idealización del padre por obra del temor de la venganza y el sentimiento de culpa producidos a raíz del parricidio — delito inútil las más veces, pues al desaparecer el padre, el hijo más poderoso renueva la tiranía. Por virtud de los mecanismos psicológicos de identificación e introyección, las cualidades atribuídas al padre se constituyen en germen de la conciencia moral. El instinto genital desexualizado — gran paradoja — es el artífice de la domesticación del hombre, el domeñador de la agresividad : no pudiendo lograr sus fines naturales, el ansia de voluptuosidad se convierte en sentimientos tiernos, como cariño familiar, camaradería, amistad etc. En el curso de las generaciones la represión interindividual acaba por interiorizarse, deviene intraindividual, con la escisión y la psicomaquia correspondientes. En este juego de fuerzas los dos instintos fundamentales interactúan y se combinan de muchas maneras, con el predominio del sexual, ya como mantenedor y promotor de la vida, y no como asociado al de muerte para violentar a la hembra.

Freud considera la cultura hecha como el conjunto de adquisiciones del hombre en su lucha con la naturaleza, con dos aspectos principales : el de las instituciones al servicio de la distribución de los bienes y la regulación de las relaciones entre los individuos, y el del saber. Aunque la cultura es creada por el hombre y para el hombre, resulta opresora del individuo. De ahí que sólo una minoría se esfuerce en mantenerla. Los más le oponen resistencia porque obliga a privarse del incesto, el asesinato, el canibalismo etc. La sublimación substituye objetos y actividades psicofisiológicas por actos psicosociales; transforma el narcisismo primitivo en arte, el tabú en derecho, el temor de la venganza en moral y religión etc. Pero queda siempre en el fondo del alma la insatisfacción de los instintos originales, sobre todo el de muerte, pues el amor al prójimo que no puede servir de satisfacción a la libidinosidad es mandamiento impotente para sacrificar el instinto de agresión. Desti-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nada por la naturaleza para cebarse en los demás, la agresividad es fuente de tortura interior por causa de las barreras de la cultura. Respecto del instinto sexual, aunque reprimido por efecto de la cultura, es el promotor de la vida que se opone al de muerte y fomenta la cultura misma (a pesar de que ella impide sus manifestaciones directas y crudas). Sin embargo, Freud cree que en el hombre moderno la sexualidad decae no sólo por efecto de la cultura, sino por mengua biológica, como la dentadura y el cabello.

El hombre no puede ser feliz; angustiado frente a las fuerzas impersonales de la naturaleza y el comercio con sus congéneres, que vulneran su narcisismo, trata incesantemente de protegerse con tanteos y construcciones ilusorias que le den la impresión de seguridad y dicha. Las "representaciones religiosas" no tienen otro origen y otra entidad que éstos. Sirven para proyectar, en un acto infantil de defensa, los propios deseos y emociones en forma de un dios personal a imagen del padre, que parece omnipotente a los ojos del niño. La ficción de uno o varios dioses permite al hombre dominar los terrores inherentes al desconocimiento de la naturaleza, compensar los sufrimientos y tener resignación ante la muerte. En el fondo de toda religiosidad persiste como residuo ambivalente la actitud del hijo frente al padre, dominada por la necesidad de protección en el desamparo, como una mezcla de temor, admiración y cariño. La religión tiene toda la fuerza de estas propensiones arcaicas; por eso es una ilusión incorregible e indemostrable, sin ser irrefutable. Es la neurosis de la humanidad, precondicionada por la tragedia edípica origen de la cultura, neurosis regida por iguales mecanismos que la compulsiva de los individuos; por consiguiente, llamada a desaparecer con el progreso de la razón, de la misma manera que las obsesiones infantiles cesan comúnmente con el crecimiento. La profilaxis de esta neurosis es exponer la verdad nuclear de la religión, enmascarada en todos los credos por desviaciones y símbolos obscuros. Así como es contraproducente decir a los niños que vienen al mundo traídos por una cigüeña, aunque esta sea una verdad simbólica, así lo es presentar los acontecimientos originarios de la cultura con ropaje religioso. Esta verdad nuclear (psicoanalítica) de la religión aparentemente es para Freud tan averiguada y confirmada como el origen genital de los niños. El ilustre renovador de la interpretación positivista de la cultura confiesa que su dios es la razón, la razón del conocimiento científico de la naturaleza como mecanismo — cuyo triunfo, sin ilusiones o con ilusiones corregibles, está ya en marcha. Y no se detiene aquí,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sino que considera el espíritu científico como creador de una manera definida de comportarse frente a las cosas de este mundo, y propugna las prescripciones racionales basadas en la necesidad social, pues "un cambio real en las relaciones del hombre con la propiedad será de mayor ayuda que los mandamientos éticos".... Freud olvida y cae en contradicción con lo que él mismo proclamara en los mejores tiempos de su actividad científica : "Cuán amenazado estaría nuestro estado de salud si debiera defenderlo el razonamiento y no los mecanismos psíquicos".

En su concepción evolucionista de la índole humana Freud revela su maestría para concatenar suposiciones relativas a hechos que desprende de sus efectivas condiciones y relaciones, en una construcción artificial que no carece de belleza y de fuerza sugestiva, con algo semejante al encanto de los mitos. Una mitología de la miseria carnal del hombre, de la decadencia del instinto, de la oblicuidad del devenir espiritual, de la eterna nostalgia de las sombras sin bulto, del retroceso sin fin. Aunque Freud se considera médico sólo por accidente, su teoría de la formación del hombre revela la dirección profesional de su mentalidad. El paradigma de su antropología evolucionista es la forma de vida descendente característica del neurópata, lisiado para la realización de valores positivos : la cultura es una neurosis del género humano, matriz de las neurosis individuales. En la explicación genética de la vida social no tiene cabida la virtualidad formal del ser del hombre ni la substancia del positivo devenir. Así como en el psicoanálisis individual desadvierte la persona misma —el yo que no es eco de la vida de relación, el yo que trasciende todo condicionamiento—, así también pasa por alto la cultura **ipsissima,** el espíritu que crea el acontecer histórico y las objetivaciones de la civilización. En este sistema de sólo **natura naturata** lo acontecido por el hecho de haber acontecido es una fuerza configuradora — no importa en él la determinación de lo que acontece por primera vez. No aceptado el cosmos del espíritu, la domesticación progresiva del hombre no resulta inteligible sin la herencia de los caracteres adquiridos, que no es sino una hipótesis. Se desprende de los argumentos freudianos que sin la represión, la sublimación etc., exclusivas de la especie humana, no es concebible la organización social. Sin embargo, la mayor parte de las especies animales tiene una vida de sociedad desarrollada, en algunas complejísima. Más aún, en las comunidades zoológicas la satisfacción del instinto sexual está regulada de manera perfecta, con sus reglas de juego y con eventuales luchas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Si se acepta que esto se debe a la represión, cae por su base la teoría de Freud, que hace del hombre un ser contra natura. Y si se acepta que el funcionamiento de los instintos salvajes del animal se regula satisfactoriamente sin represión, ésta resulta una hipótesis innecesaria para el origen del hombre, ya que no hay razón para negar tal disfrute al animal prehumano. Examinando con crítica la obra de Freud se encuentra fácilmente otros paralogismos : la represión genera la sociedad y la sociedad es causa de la represión; la agresividad del superyo es experimentada por el yo como sentimiento de culpa y necesidad de castigo, y sin embargo, estas mismas experiencias afectivas son el origen del superyo; el arrepentimiento por el parricidio origina la moral etc., pero arrepentimiento y sentimiento de culpa son, por su esencia, morales desde la primera vez; el complejo de Edipo se explica por el mito de Edipo y el mito de Edipo por el complejo de Edipo etc. *

No se puede negar que la doctrina de Freud, orientada hacia lo turbio, travestido y calumnioso, no aquilata la frescura, la espontaneidad, el candor y la autenticidad de los actos anímicos del hombre, e incluso en los que le son comunes con los animales, como el instinto, sólo ve un hervor caótico de excitaciones, de apetitos ciegos y tendencias violentas de agresión. Realidad muy distinta nos revelan los naturalistas que dedican su existencia a inquirir objetivamente la vida de relación de los animales. Fabre, Wasmann, Buytendijk, Fischel, Russell, Alverdes, Vignon y otros ofrecen evidencia de la admirable fecundidad de recursos del instinto unida al orden regular de sus manifestaciones, la solidaridad harmónica con la bioesfera que no excluye la iniciativa individual, la actividad industriosa aunada a la gracia del juego y la travesura; en una palabra, el encanto, la abundancia, la perfección, la sabiduría ínsitos de lo creado, por encima de la mecanización y la muerte.

El conde Keyserling nos refería que una vez se atrevió a preguntar al creador del psicoanálisis si amaba a los hombres, recibiendo por respuesta un rotundo "no". Réplica tan acerba es cifra del espíritu de oposición y ruina peculiar de la actitud intelectual del maestro, manifiesta como lado negativo en su obra, y en contraste con la generosidad infatigable que ha demostrado en servicio del género humano y con la cordialidad exquisita de su trato. La simpatía y la acción de un hombre corresponden a dimensiones de la vida anímica irreductibles al plano de su sistema de pensamiento — inclusive en el caso del gran catador de almas.

* No queremos repetir argumentos que hemos desarrollado en "La obra de Freud en el último decenio", **Actualidad Médica Peruana**, 1936, N° 11.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINDROME OCULO-PUPILAR EN EL CURSO DE AFECCION NEURO-ANEMICA *

Por **JUAN B. LASTRES, ABELARDO INDACOCHEA** y **CESAR MERINO**

Es indudable la frecuencia en clínica de los síndromes neuro-anémicos. Van Gehuchten los coloca inmediatamente después de la tabes dorsal y la esclerosis en placas.

Tanto la semiología como la anatomía patológica, se conocen mejor, gracias a modernos estudios de las escuelas francesa y alemana. Sin embargo, tratándose de la patogenia, todavía no podemos emitir sino hipótesis.

El caso que ahora presentamos a la consideración de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría, tiene un gran interés clínico, pues aparte de la rica sintomatología hemática y neurológica, ha presentado también un síndrome atípico de Bernard-Horner, síndrome que no lo consignan las obras que tratan al respecto. Es por eso que creemos, que este caso tiene interés, pues hace conocer una manifestación de los síndromes neuro-anémicos, que hace pensar en la difusión de las lesiones anátomo-patológicas.

Por otra parte, desde el punto de vista terapéutico, ofrece el mismo interés, pues tanto los síntomas hemáticos, como aquellos de la serie nerviosa, los hemos visto desaparecer con la enérgica medicación antianémica a que se sometió a la paciente. Veamos la historia clínica:

El 9 de julio de 1939, ingresó al Pabellón Nº 1, Sala I, del Hospital Arzobispo Loayza, la enferma M. Y., de 68 años de edad, indígena, de constitución pícnica, de oficio placera. Cuatro síntomas retienen nuestra atención: una palidez extrema, disnea, edema en las extremidades inferiores y paresia de las mismas.

Al interrogar a la enferma sobre sus **antecedentes familiares,** no conseguimos datos de importancia. Ha tenido tres hijos que murieron pequeños. No ha

---

* Trabajo presentado a la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal, en la sesión del día 4 de diciembre de 1939.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

habido abortos. Su condición de vida es bastante humilde: habitación húmeda y mal ventilada. Sus facultades psíquicas sufren bastante retrazo.

Por lo que respecta a la **enfermedad actual,** la podemos dividir en dos períodos. El 8 de diciembre del año pasado, ingresó al Pabellón Nº 4, porque desde hacía algunos meses se le había presentado miastenia, disnea de esfuerzo y palidez. Tiene dolores en el epigastrio, náuseas, boca saburrosa y frecuentes diarreas. Pierde poco a poco el apetito y siente que su aptitud para el trabajo disminuye día a día. Posteriormente presenta palpitaciones, dolor precordial y epistaxis, habiéndose comprobado, en aquel entonces, la existencia de una discreta púrpura a nivel de las extremidades superiores. Esas circunstancias clínicas, hicieron que fuera diagnosticada de púrpura hemorrágica.

Se notó también que la anemia se hacía cada vez más intensa, y ya el 27 de enero se pudo notar un soplo sistólico suave de la punta, propagado a la axila. Practicados los hemogramas, éstos revelaron una anemia que oscilaba entre millón y medio y dos millones de hematíes. Un último examen de sangre demostró 1.400.000 hematíes, 2.200 leucocitos; normoblastos 2%; poiquilocitosis y anisocitosis.

En el curso de esta anemia que se hacía progresiva, tuvo un cuadro intercurrente de bronquitis, solicitando después su alta, la que le fué concedida el 30 de junio.

Estando incompletamente curada, la enferma, de rudimentaria mentalidad, se entregó en su domicilio, nuevamente a sus quehaceres domésticos, viendo agravarse rápidamente sus síntomas. Acentuóse la palidez, lo mismo que la disnea, los edemas y los trastornos paréticos de las extremidades inferiores, al punto de impedirle la marcha. Es por eso que decide hospitalizarse de nuevo, y es internada en nuestra Sala, ocupando la cama Nº 25.

En el momento del ingreso, el Dr. Indacochea constata un edema considerable en las extremidades inferiores; la enferma presenta dolor precordial, con irradiación al hombro y brazo izquierdos; disnea notable que la obliga a tomar la posición ortopneica; tiene, además, gastralgia, sensación de náuseas, anorexia invencible, diarrea y miastenia; la orina es muy escasa, de color obscuro.

Examen clínico.—En el **aparto cardiovascular** encontramos un soplo sistólico de la punta, con irradiación a la axila; hay también soplo sistólico de la base y ruido de galope. En el cuello se nota la danza yugular. El pulso es regular rítmico, 100 pulsaciones al minuto, con tensión baja: Mx 10 y 1/2, Mn 4 y 1/2.

En el **abdomen** constatamos el hígado aumentado de volumen, a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal. El bazo también está aumentado de volumen.

En la **columna vertebral** cervical se nota una ligera cifosis.

En vista de los síntomas de orden paralítico de las extremidades inferiores, practicamos un detenido **examen neurológico.**

Comenzando por la **motilidad,** la función más afectada, observamos que la marcha es imposible, por el grado de la parálisis; la motilidad segmentaria está seriamente comprometida; los movimientos activos están sumamente limitados, limitación que predomina en la extremidad distal de ambos miembros inferiores. Estudiando la motilidad pasiva, encontramos un tono muscular disminuído. La **sensibilidad** también muestra alteraciones: en la sensibilidad superficial encon-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tramos disminución de todas sus formas, en las extremidades inferiores; la sensibilidad profunda también está perturbada considerablemente, sobre todo la sensibilidad vibratoria; hay pérdida del sentido estereognóstico. Los **reflejos tendinosos,** rotuliano y aquiliano, están abolidos. No hay signo de Babinski. Tampoco hay ataxia.

Los exámenes neurológicos practicados posteriormente, para estudiar la evolución de los síntomas, han demostrado franca mejoría; ha quedado sólo una ligera hipoestesia en los miembros inferiores, a partir de la rótula; las sensibilidades profundas están normales y los reflejos tendinosos disminuídos, disminución que es más marcada en el lado izquierdo.

Los **exámenes de laboratorio** han sido los siguientes: durante su estada en el Pabellón N° 4, la cifra de glóbulos rojos ha oscilado entre 1.120.000 y 2.080.000; siempre había leucopenia que oscilaba entre 2.200 y 6.600 leucocitos y presencia de normoblastos: 2%. Cuando ingresó a nuestro Pabellón tenía 870.000 hematíes y 4.300 leucocitos; eritroblastos basófilos 2%. A los dos días se volvió a practicar un nuevo examen de sangre, arrojando la cifra de 680.000 hematíes y 3.600 leucocitos. En la fórmula se mostraban: neutrófilos 42% (abastonados 2%, segmentados 40%); eosinófilos 0%; basófilos 0%; monocitos 10% y linfocitos 48%; eritroblastos basófilos 2%; anisocitosis, poiquilocitosis, policromatofilia, anisocromia. El segundo examen de sangre practicado el día 13 de julio demuestra la cifra más baja de hematíes : 680.000 y 3.600 leucocitos. La fórmula fué la siguiente : neutrófilos 52% (abastonados 6%, segmentados 46%); eosinófilos 0 %; basófilos 0%; monocitos 2% y linfocitos 46%; con las mismas alteraciones de anisocitosis, etc. El último análisis de sangre practicado en octubre, da lo siguiente : 3.650.000 hematíes; 10.000 leucocitos; neutrófilos 50% (en bastón 6%, segmentados 44%); eosinófilos 0%; basófilos 0%; monocitos 8% y linfocitos 42%; sólo hay anisocitosis.

El examen del jugo gástrico revela ausencia de ácido clorhídrico y de ácido láctico.

La reacción de Kahn es negativa. El dosaje de úrea da 0'31 ‰. Hay buena retractibilidad del coágulo; tiempo de coagulación 8'; tiempo de sangría 2'. Reacción de Van den Bergh: directa, positiva débil retardada; indirecta, positiva fuerte acelerada.

El dosaje de calcio en la sangre da 9 miligramos %.

La intradermo-reacción a la tuberculina (Mantoux) es positiva a las 48 horas.

El examen del líquido céfalo-raquídeo, da el siguiente resultado: glucosa 0'60 y albúminas 0'10 ‰. Las reacciones de Pandy y Nonne Apelt son negativas. No se encuentran gérmenes. Examen citológico: 0' 6 leucocitos por mm3. La reacción de Wassermann es negativa.

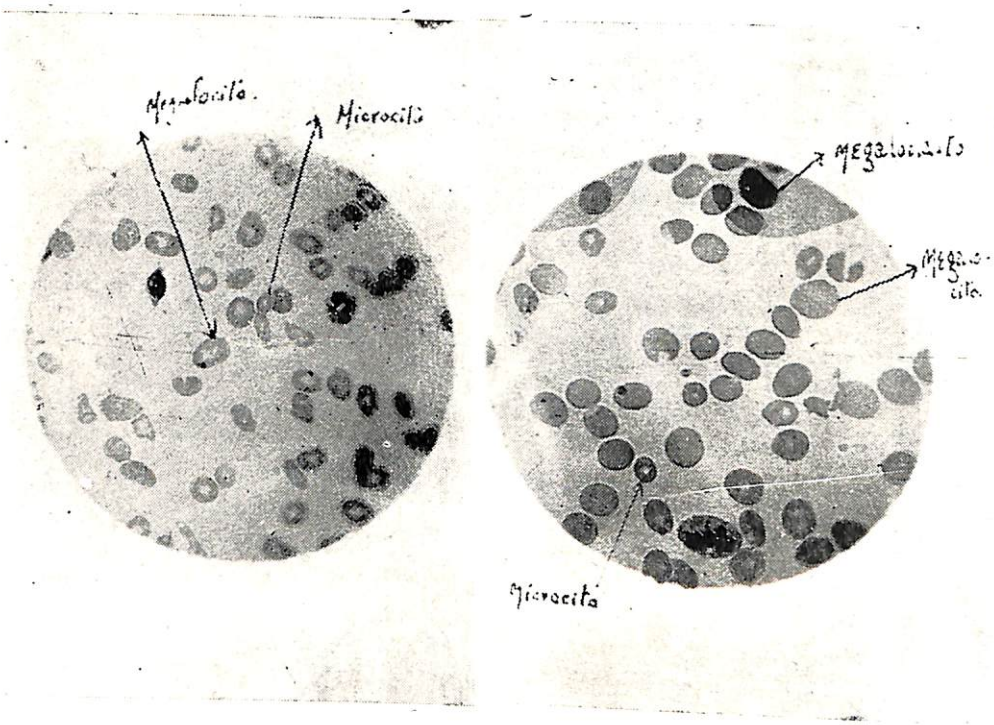
Veamos ahora los exámenes sistemados de sangre, practicados por el Dr. C. Merino:

Con fecha 16 de julio, encontró lo siguiente: hematíes 935.000 por mm3; hemoglobina 5'2 gr., igual 32%; hematocrito 13' 9 (hematíes por ciento); volumen globular 149'4 micras cúbicas; hemoglobina globular 55'6 micromicrogramos; concentración de hemoglobina globular 37'2%; reticulocitos 4'6%; valor globular 1'7; índice ictérico 11 unidades. Leucocitos 5.120 por mm3. En el hemogra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ma : neutrófilos 62 % (mielocitos 0 % ; juveniles 0 % ; abastonados 3%; segmentados 59 %); eosinófilos 0 % ; basófilos 0 % ; monocitos 3 % y linfocitos 35 % . Normoblastos policromáticos 3 % ; megaloblastos 1 % ; anisocitosis muy marcada con predominio evidente de los macrocitos; poiquilocitosis también acentuada, policromatofilia, anisocromia, punteado basófilo.

Presentamos las microfotografías correspondientes:



El dosaje de sero-proteinas dió: proteinas totales 5'84 gr. % ; serina 2'67 gr. % ; globulina 3'17 % ; indice S/G 0.87.

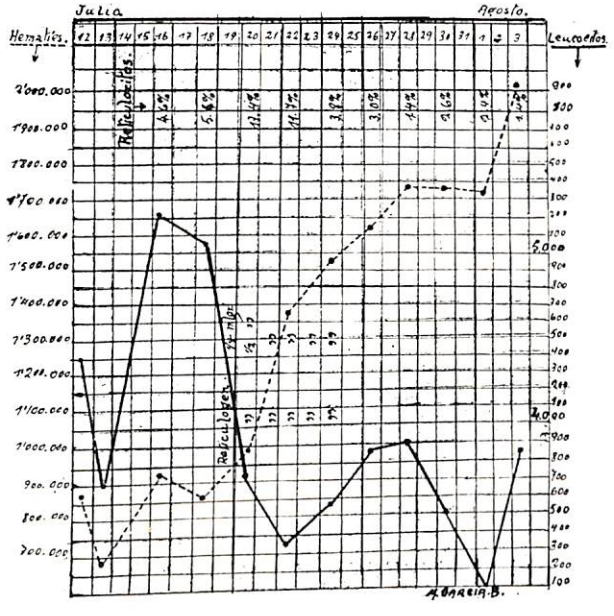
El siguiente hemograma, practicado el 18 de julio, demuestra lo siguiente: hematíes 856.000; leucocitos 4.960; reticulocitos 5'4 % . En la fórmula: neutrófilos 41 % (mielocitos 0 % ; juveniles 0 % ; abastonados 3 % ; segmentados 38 %); eosinófilos 1 % ; basófilos 0 % ; monocitos 3 % ; linfocitos 55% . Anisocitosis, poiquilocitosis, policromatofilia, punteado basófilo, eritroblastos, normoblastos policromáticos.

El día 20 de julio se practicó un nuevo hemograma con el siguiente resultado: hematíes 990.000; leucocitos 3.640; reticulocitos 17'4 % . Fórmula: neutrófilos 48 % (mielocitos 0 % ; juveniles 0 % ; abastonados 1 % ; segmentados 47 %); eosinófilos 3 % ; basófilos 0 % ; monocitos 3 % ; linfocitos 46% . Anisocitosis, poiquilocitosis, policromatofilia. Normoblastos policromáticos 1 % ; ortocromáticos 1 % .

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El Dr. Merino continuó haciendo análisis seriados de sangre, constatando el alza de los reticulocitos, que precedió a la regeneración sanguínea, tal como la observamos en el cuadro adjunto:

Otro análisis imprescindible en la enferma fué el del jugo gástrico El día 17 de julio se le practicó con el siguiente resultado: el residuo era de 20 cc.; la acidez libre 0, la total 10 cc. La primera muestra, 15 minutos después de la ingestión de alcohol al 7 % (50 cc.), da: acidez libre 0; acidez total 6 cc. La segunda muestra tomada a los 15 minutos después de haberle inyectado 0'5 miligramos de fosfato de histamina, da: acidez libre 0, acidez total 10 cc. La tercera muestra, después de 30 minutos de la inyección de histamina, da: acidez libre 0, acidez total 10 cc. En ninguna de las muestras hubo ácido láctico.



La **evolución** de los síntomas en esta enferma es interesante. El estado general, malo en los comienzos, fué mejorando paulatinamente. La tensión arterial estaba alrededor de 9 la máxima y 5 la mínima, después subió a 10, 11 y 12. Los edemas del comienzo disminuyeron, aumentando concomitantemente la diuresis. El soplo anémico cardiaco persistió durante dos meses, notándose posteriormente un pequeño soplo sistólico del foco aórtico, indice probable de una aortitis por ateroma.

Los síntomas nerviosos de las extremidades inferiores, fueron desapareciendo progresivamente.

El tratamiento ha sido a base de extractos hepáticos (hepatex, hepracton) inyectables Por la boca el extracto hepático asociado al esplénico. Al principio se emplearon pequeñas transfusiones. Inyecciones de reticulogen a la dosis de ½ cc., además de terapéutica destinada a levantar el estado general.

El día 31 de julio se constató en la enferma una ptosis del párpado izquier-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do, ligera enoftalmia y miosis. Haremos constar que el estado de sus ojos, al ingreso al Servicio era normal, con pupilas isocóricas que reaccionaban bien a la luz y acomodación. Las escleróticas subictéricas y una ligera blefaritis derecha.

El síndrome óculo-simpático se produjo súbitamente, sin ir anunciado de síntomas dolorosos; la ptosis palpebral era casi completa presentándose rubicundez de la mejilla correspondiente y también en los alrededores de la órbita. Días después, comenzó a manifestarse en ella, signos de conjuntivitis, con tendencia a la cronicidad. El párpado se edematizó y al presente (momento de la presentación) muestra signos de blefaritis crónica.

Presentamos aquí la fotografía de la paciente, con el objeto de mostrar la ptosis y disminución de la hendedura palpebral.

Por la persistencia de los síntomas oculares, fué enviada al especialista Dr. Valdeavellano, quien practicó un examen con el informe siguiente: "No se puede examinar el fondo del ojo, por comenzar la opacificación central de los cristalinos. La tensión ocular normal. Pupilas iguales, reaccionan normalmente. Conjuntivitis y blefaritis, con infiltración del borde ciliar del párpado superior izquierdo. Ligera ptosis". Hay que consignar, que este examen se practicó 12 días después de la aparición del síndrome óculo-simpático, y ya la ptosis se había modificado, lo mismo que la miosis.

Se han practicado exámenes radiológicos complementarios, tanto para precisar la causa de la aquilia gástrica, como para deslindar la causa etiológica del

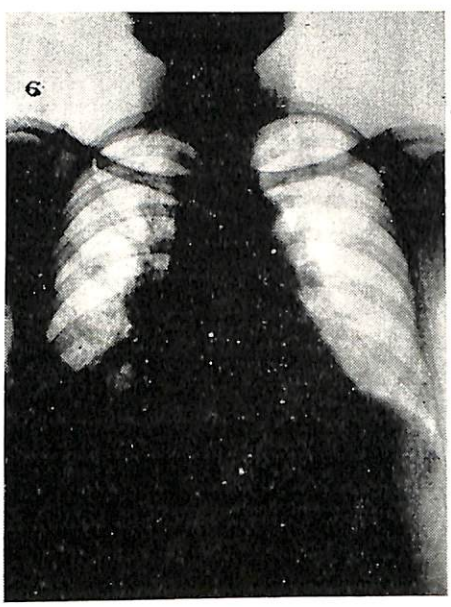
Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

síndrome de Bernard-Horner frustro, en relación con lesiones de la columna vertebral.

La radiografía de estómago, píloro y duodeno, practicada por el Dr. Gonzales Vera, es normal.

Dados los signos físicos de aortitis y de aumento del área cardíaca, solicitamos del Dr. Oscar Soto un ortodiagrama, que confirmó los signos semiológicos. Además se hizo una radiografía, que da un cierto grado de enfisema del tórax.

En las radiografías de la columna vertebral, la de la región cervical es normal. En la columna dorsal encontramos imagen de espondilosis deformante, con deformación de los cuerpos vertebrales, concavidad de sus bordes laterales y anteriores, y producciones osteofíticas, algunas de las cuales muy volu-



minosas se ven en la región anterior y lateral de las seis últimas vértebras dorsales. Hay, además, osteoporosis difusa en todas las regiones radiografiadas.

El día 7 de noviembre se le practicó una prueba de la pilocarpina, para observar la reacción a nivel de la hemicara izquierda. El pulso permaneció igual (88 antes, 90 después) Las respiraciones subieron de 18 a 23. La presión arterial de 11 y ½ a 12 y ½; y el reflejo óculo-cardiaco permaneció igual antes y después. A los cinco minutos, la rubefacción de la mejilla izquierda aumentó y apareció ligera sudoración.

El proceso de anemia perniciosa que presentó la enferma, fué bastante típico, tanto en sus manifestaciones clínicas como en el cuadro hematológico. Más aún, la evolución favorable que ha teni-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

do, comprueba la docilidad que presentó a la terapéutica opoterápica a base de reticulógeno y extracto hepático.

Refiriéndonos solamente a las manifestaciones hematológicas, encontramos en los diferentes exámenes seriados que se han hecho, las alteraciones propias de la anemia perniciosa; se señalan clásicamente, entre estas modificaciones, las siguientes: 1) Disminución del volumen total de sangre. 2) Proceso de coagulación normal; a veces el tiempo de sangría está aumentado, por la disminución del número de plaquetas. 3) Color "oro obscuro" del suero, por aumento de la bilirrubina. 4) Cantidad de albúmina del suero, normal; sólo varía en el sentido de la hidremia en los casos graves. 5) Número de hematíes, notablemente disminuído. 6) Volumen de glóbulos rojos, disminuído en relación al plasma, pero volumen por unidad, aumentado. 7) Porcentaje de hemoglobina, disminuído. 8) Presencia de megalocitos y normoblastos. 9) Presencia de reticulocitos, que aumentan con las remisiones, para desaparecer con la curación. 10) Presencia de cuerpos de Jolly. 11) Leucopenia con linfocitosis y monocitopenia.

En la enferma no se determinó el volumen total de sangre, pero era fácil colegir clínicamente su disminución. La coagulación era normal, con buena retractibilidad del coágulo, y tiempo de coagulación de 8 minutos. El índice ictérico fué de 11 unidades, lo que indica un aumento en la bilirrubinemia; además la reacción de Van den Bergh tuvo un resultado positivo débil retardado en la prueba directa, y positivo fuerte acelerado en la indirecta. La cantidad de albúminas del suero estaba disminuída, pues sólo alcanzaba a 5'84 gr.%, en vez de la cifra normal, que oscila entre 7 a 8 y ½ grs.; el índice serina globulina también estaba disminuído a 0'87. El número de hematíes era considerablemente bajo; ya desde su permanencia en el Pabellón 4, en diciembre de 1938 y los siguientes meses, acusaba cifras que variaron entre 2.080.000 y 1.120.000; a su ingreso al Pabellón 1, en julio de 1939, presentaba sólo 935.000 descendiendo poco después a 856.000; pero con el tratamiento instituído, al cabo de tres meses, o sea en octubre de 1939, asciende a 3'500.000. El volumen de los glóbulos rojos con relación al plasma, presentó disminución, siendo de 13'9 % en el hematocrito, en vez de 44% que es lo normal; pero el volumen por unidad, o sea por cada hematíe en general, presentó aumento, como es lo característico en estos casos, llegando a 149'4 micras cúbicas, siendo lo normal 88 micras cúbicas (Naegeli). El porcentaje de hemoglobina presentó

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

notable disminución, pues llegó a 32%; pero el valor globular estuvo aumentado, alcanzando la cifra de 1'7. Estas alteraciones son características y de gran importancia en el diagnóstico de la anemia perniciosa. Al examen microscópico de las extensiones sanguíneas se constató, en varias oportunidades, la presencia de elementos jóvenes de la serie roja, tanto de la normal como de la embrionaria : normocitos y normoblastos, megalocitos y megaloblastos, en proporción de 1 a 3%; la presencia de reticulocitos, que al comienzo del tratamiento era de 4'6%, luego de 17'4%, para ir disminuyendo progresivamente conforme se obtenía la curación. Además fué posible constatar la presencia de cuerpos de Jolly. En cuanto a los elementos de la serie blanca, la leucopenia varió entre 3.280 y 5.120, con linfocitosis que se mantuvo entre 35% y 55%; la cifra de monocitos también se mantuvo baja, entre 3 y 5%. Se encontró además anisocitosis, poiquilocitosis y policromatofilia acentuadas.

Como se ve, nuestra enferma ha presentado todos los signos hematológicos que se describen en la anemia perniciosa de Biermer, que gracias al tratamiento adecuado por la opoterapia hepática, según el método de Whipple, preconizado por Minot y Murphy y la opoterapia gástrica, según el principio de Castle, sufrieron una modificación favorable, tanto que a los 4 meses de tratamiento, la fórmula se regularizó bastante, llegando los hematíes a 3.600.000 y los leucocitos a 6.000; desaparecieron las formas jóvenes de la serie eritrocítica y disminuyeron notablemente la anisocitosis y poiquilocitosis.

A este cuadro hematológico bastante interesante, se agrega el no menos importante dato de la aquilia gástrica, también típico de la enfermedad de Biermer. En efecto, en un examen de la acidez gástrica se encontró una anaclorhidria persistente, aun después de la ingestión de alcohol y de la inyección de histamina.

Manifestaciones hematológicas típicas y evidentes, aquilia gástrica histamino-resistente y síndrome espinal, que en este caso ha cobrado interés particular y del que nos ocuparemos en seguida, completan la triada característica de la anemia perniciosa de Biermer.

Resumiendo nuestra observación clínica, encontramos que en una enferma anciana, de 68 años, se presenta una anemia progresiva, de tipo francamente pernicioso, biermeriano; que en el curso de esta anemia se instalan signos nerviosos en las extremidades inferiores, tomando el carácter, aunque atípico, del síndrome descrito

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por Lichtheim y que en la convalecencia de la anemia y de los síntomas medulares, se presenta súbitamente un síndrome de Bernard-Horner, atípico, al lado izquierdo.

Decimos que el síndrome de Lichtheim no se ha presentado completo, pues sólo han habido trastornos paréticos y sensitivos, una para-paresia sin incoordinación ni ataxia, los reflejos tendinosos disminuídos y abolidos, tal como se presentan en el síndrome pseudo-tabético; en cambio no se ha presentado el signo de Babinski, que para todos los neurólogos persiste aun mucho tiempo después de la desaparición de los síntomas medulares. En cuanto a los trastornos sensitivos, éstos se han preentado típicamente: trastornos de la sensibilidad superficial y profunda que adoptan el tipo medular, por predominar seguramente, como predominan en este síndrome, las lesiones en los cordones posteriores. En ocasiones, como describen RIESEN RUSSELL, BATTEN y COLLIER, hay trastornos de tipo radicular y dolor en el trayecto de los nervios intercostales, en la base del tórax.

En cuanto a los síntomas subjetivos de perturbación sensitiva, tal como las sensaciones en forma de rayos que recorren la columna vertebral (signo de LHERMITTE), no se obtuvo dato alguno; verdad es que el estado mental de la enferma no permitió una investigación semejante.

Estos síndromes, principalmente el de Lichtheim, pueden presentarse en cualquiera época de la vida; sin embargo, se afirma que su observación es mayor entre los 40 y 55 años, siendo más frecuentes en el sexo masculino.

En lo que respecta a la génesis de estos trastornos se atribuye un papel importante al alcoholismo, a la herencia, al surmenage etc.

Entre los síntomas oculares citados corrientemente en el curso de los síndromes neuro-anémicos, encontramos los siguientes:

Desde antiguo se sabe que después de grandes hemorragias se presentan alteraciones visuales, las que aparecen del tercero al sexto día. El sujeto presenta: diplopia, amaurosis, ceguera y después atrofia óptica. Otros autores han relatado, en el curso de una hemorragia gástrica, una ceguera absoluta.

También se describen los reflejos pupilares como normales y solamente cuando la anemia es muy intensa, se puede observar pereza de las reaccienes pupilares a la luz.

La localización en el simpático cervical, todavía no ha sido se-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ñalada. Ni en la clásica tesis de MATHIEU, del año 1925, así como en su trabajo de revisión del tema publicado este año en la Enciclopedia médico-quirúrgica, ni en la obra de ROGER OLMER, ni en la tesis de STOIKA CHOLAKOVA, se describen localizaciones en el simpático cervical.

Para descartar cualquiera lesión externa que comprimiera el simpático a nivel del cuello, en nuestro caso se pidió las radiografías que hemos mostrado anteriormente. Ellas no revelan anormalidad; no hay tumores mediastinales ni de los vértices pulmonares; tampoco se observa adenopatías profundas, que compriman la cadena ganglionar simpática. Descartadas todas estas posibilidades nos quedamos con la del síndrome neuro-anémico que tiene en evolución. Bien es verdad que la localización preferente ha sido en los cordones posteriores y en la región lumbar y sacra de la medula, pues no ha presentado síntomas que denoten compromiso de los miembros superiores. Habrá que pensar en que las mismas lesiones de índole degenerativa que afectan la substancia blanca de la medula, puedan haber lesionado el centro cilio-espinal, o algún otro, que se supone responsable del síndrome de Bernard-Horner. Sabemos que multitud de afecciones difusas de la medula, progresando en sentido ascendente, cuando llegan a la región cervical (parte inferior) producen el síndrome de Bernard-Horner; tal pasa con la siringomielia, la hematomielia, las mielitis difusas, etc. Nuestro caso pudiera muy bien reputarse como una mielitis difusa subaguda que afecta diversas porciones de la medula, los cordones posteriores y algunos elementos grises.

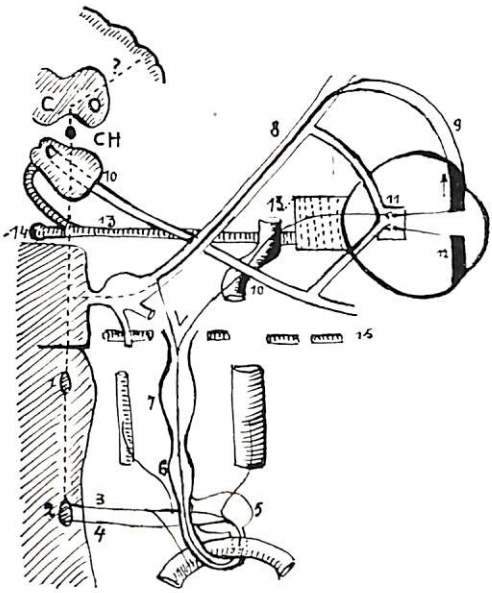
Pero hay más. En un documentado estudio llevado a cabo recientemente por R. GARCIN y KIPFER, podemos observar nuevos puntos de vista anatomo-patológicos, sobre este interesante síndrome. Desde el hipotálamo hasta la medula dorsal existen escalonados muchos centros simpáticos, cuya lesión puede ser responsable del síndrome que estudiamos. Ya BUDGE y WALLER antiguamente demostraron que la lesión del centro cilio-espinal producía el síndrome óculo-pupilar de parálisis. SCHIFF demuestra que la sección de la medula, por encima de la cuarta vértebra cervical, produce igualmente dicho síndrome. Madame DEJERINE-KLUMPKE dice que en este caso hay igualmente participación del primer ramo comunicante dorsal. Observaciones posteriores demuestran que este síndrome se produce en el curso de lesiones bulbares, protuberan-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ciales, o más altas. Así, en el bulbo hay un centro individualizado por BABINSKY NAGEOTTE, en la parte ventral.

MARBURG, GOLDSTEIN, WALLEMBERG, SPIEGEL y otros creen que la vía para la producción de este síndrome sería la substancia reticulada gris del núcleo ambiguo y del núcleo del trigémino.

Por encima de la protuberancia, las vías son poco conocidas. KARPLUS y KREIDL describen en el hipotálamo la presencia de un centro iridodilatador. Veamos el esquema que presentan GARCIN y KIPFER:



En el curso de las lesiones talámicas se puede observar este síndrome. R. GARCIN, en la Sociedad de Neurología de París, presenta un caso observado con GUILLAIN y MAGE, en que se establece el síndrome de Bernard-Horner, en el curso del síndrome talámico. Por esto creen los autores que en el tálamo existe un centro simpático.

Por su parte, GARCIN en colaboración con KIPFER, experimentando en el gato, destruyen el tálamo por electrolisis bipolar y producen experimentalmente el síndrome de Bernard-Horner. KIPFER sostiene que este síndrome producido por lesiones talámicas tiene un carácter transitorio, en oposición a aquéllos debidos a lesiones más bajas, que tienen una evolución crónica, como nosotros mis-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mos hemos podido observarlo en el curso de lesiones cancerosas del vértice pulmonar y de los ganglios mediastínicos (Hodgkin).

Vemos, pues, cómo es interesante incursionar en la anatomo-patología de este síndrome, y cómo es difícil poder precisar en este caso el asiento de la lesión, presentándose como se presenta el síndrome en su forma atípica, con predominio de la ptosis palpebral y de los trastornos vasomotores de la cara. Es probable que estas lesiones, muchas veces esclerosas y estrictamente localizadas, se presenten también en el cerebro, produciendo las más variadas manifestaciones nerviosas. Algunas de estas lesiones podrían radicar en el hipotálamo, en el centro de KARPLUS y KREIDL y producir el síndrome que estudiamos en nuestra enferma.

Respecto del mecanismo de estos síndromes neuro-anémicos, los diversos autores no están de acuerdo en la manera de encarar el problema. En un primer momento se pensó que la causa directa era la anemia, que provocaba, ya por pequeñas hemorragias, ya por alteraciones vasculares, síntomas de mortificación a nivel de los cordones de la medula y degeneraciones secundarias, responsables de los diversos síntomas medulares. Sin embargo, el problema es más complejo de lo que parece a simple vista. En efecto, experimentalmente parece que la anemia no es la directamente responsable de los trastornos nerviosos. Habrá que volver al criterio de MATHIEU y encontrar una causa común a la anemia y a los trastornos nerviosos.

Revisaremos los factores etiológicos, tal como lo hacen ROGER y OLMER en su reciente obra.

El factor toxi-infeccioso. Se ha invocado la influencia de ciertas toxinas que se producen en las anemias secundarias, toxinas que actuarían tanto sobre los órganos hematopoyéticos, como sobre los elementos nerviosos. Sabemos que en estos casos existe aquilia, y nuestra enferma la ha presentado bien clásica. Pues bien, esta aquilia favorece la pululación de gérmenes en las vías digestivas; así se ha podido constatar en estos casos, la presencia de estreptococos en el duodeno, microbios que no se encuentran al estado normal. HURST cree que este estreptococo ya sea por él mismo, o por su influencia sobre las proteinas no digeridas, produciría una hemotoxina y una neuro-toxina; WEINBERG piensa que no se trata exclusivamente del estreptococo, sino también del perfringens, microbio dotado de propiedades hemolíticas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Se ha invocado el rol de la anafilaxia. Esta misma anaclorhidria sería para KNUD FABER, la responsable de alteraciones en el metabolismo de las substancias protéicas. Las materias protéicas imperfectamente digeridas, atraviesan la barrera intestinal, originando pequeños shocks, los cuales provocan una desglobulización progresiva, como ha podido ser reproducido experimentalmente en el conejo, por CROIZAT y DECHAUME.

Viene luego el factor carencial. Este es desde luego, quizá el más importante a nuestra manera de ver. Aquí se invoca una falta de ciertas vitaminas, provocada por la misma anemia. Sería, pues, un factor endógeno. Una gran coincidencia clínica se notaría entre estas degeneraciones medulares y aquellas producidas por la carencia de vitamina B en el beri-beri. Numerosos hechos experimentales corroboran este aserto. Al someter a perros jóvenes a la carencia de vitamina A, se presentan lesiones de tipo degenerativo en los cordones de la medula. COWGWILL constata que la carencia de la vitamina B, no sólo produce síntomas gastrointestinales, sino una paraplejia espástica típica. En este mismo sentido de las carencias vitamínicas, se ha invocado la de los ácidos aminados.

Por último, los sorprendentes descubrimientos de WHIPPLE, administrando el hígado de vaca para aumentar la tasa de la hemoglobina y producir la rápida retrogradación de los síntomas anémicos y también de los hemáticos, abogan por la influencia del factor anti-anémico.

También habría que invocar el factor intrínseco de CASTLE, quien piensa que aparte de la secreción externa de la mucosa gástrica, ésta tendría una función endocrina, la cual faltaría en los casos de anemia perniciosa. Esta carencia, tanto del factor intrínseco como del extrínseco, puede no llegar a límites extremos y ser relativa, como sostienen LAMAIRE y LAMBIN. Los experimentadores creen que este principio activo extrínseco es de composición química muy semejante a la de la vitamina B, antipelagrosa, o quizá la misma vitamina B. En cuanto al factor intrínseco, es poco conocido y es probable que se acerque al grupo de las hormonas, cuya acción se realiza sobre la medula ósea y, además, neutraliza los venenos endógenos.

Diremos dos palabras respecto del porqué se producen las lesiones nerviosas. Sabemos que existe una predilección por la localización en los cordones laterales y posteriores. Es evidente que como para todos los órganos del cuerpo, existen entre ellos ciertos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sistemas más sensibles a la acción de los agentes infecciosos. Se podría pensar en una fragilidad especial de ciertos fascículos de la medula. Quizá si por su misma constitución en fibras largas sean más frágiles. Además, embriológicamente, los sistemas más recientes, son los más frágiles, lo mismo que los que desarrollan mayor actividad fisiológica. Es un hecho clínico que los cordones posteriores son más atacados en ciertas infecciones, como en la enfermedad del sueño, en la enfermedad de Chagas, en la sífilis, etc. La vascularización de la medula es también importante para explicar la localización; así CROUZON y PIERRE MARIE sostienen que hay un paralelismo entre los síntomas neuro-anémicos y la topografía de las arterias espinales posteriores. Sería una meiopragia vascular, en el territorio de las espinales posteriores.

En cuanto a las lesiones mismas, en el sistema nervioso, parece que ellas radican más sobre la mielina que sobre la célula misma. Por eso es que algunos autores han pensado, tomando en consideración este ataque primitivo de la mielina, que hubiera una alteración en el metabolismo de los lípidos. Esta alteración sería la consecuencia de una modificación en la barrera retículo-endotelial.

Se podría resumir la patogenia de los síndromes neuro-anémicos en la siguiente forma: un factor tóxico y carencial, que actúa sobre el sistema retículo-endotelial, el cual se altera en su función hemopoyética, de allí la anemia, y en su función de metabolizar los lípidos, de allí la desmielinización (Roger y Olmer).

Resumiendo nuestra observación clínica, quedan establecidos los siguientes hechos: 1°, ha habido anemia perniciosa de tipo Biermer; 2°, se ha presentado un síndrome medular de tipo Lichtheim; y 3°, posteriormente se ha presentado un síndrome de Bernard-Horner, atípico en el lado izquierdo, síndrome no descrito hasta ahora en el curso de las afecciones neuro-anémicas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

LA EPILEPSIA PRODUCIDA POR CARDIAZOL EN LOS PERROS DESCEREBRADOS EN FUNCION DE LA DIASQUISIS Y DE LA MAGNITUD DE LA ABLACION ENCEFALICA

Por **CARLOS GUTIERREZ-NORIEGA**

La doctrina de la localización de las funciones del sistema nervioso está tan hondamente arraigada en nuestras ideas neuropatológicas, que casi no es posible pensar, cuando se trata de síntomas o reacciones generales, sino con su concurso.

Sin embargo, la experiencia nos enseña en muchos casos lo contrario, y un ejemplo de este punto débil de la teoría es la epilepsia. Hace más de un siglo que clínicos y experimentadores se empeñan en precisar el centro epileptógeno, y todos los esfuerzos que se han realizado para demostrar una localización han resultado inciertos y contradictorios; no obstante, se sigue aun pensando en un centro o región epileptógenos. La realidad se complace, empero, en ofuscarnos en un dédalo de hallazgos, y el pretendido centro epileptógeno, como un espejismo, va recorriendo todo el neuroeje, sin dejar un solo lugar (la zona prerrolándica, los lóbulos frontales, los núcleos subcorticales, el cuerno de Ammon, el mesencéfalo, el bulbo, la protuberancia etc.).

Entre las observaciones de la localización cortical de la epilepsia citemos las antiguas de FRITSCH y HITZIG, las de ALBERTONI, FRANCK y otras muchísimas. Al mismo tiempo se desarrolla la concepción de una epilepsia subcortical, que en realidad se remonta a NOTHNAGEL y a otros muchos investigadores, hasta llegar a L. R. MÜLLER (1) y FRISCH (2) que relacionan el ataque epiléptico a los núcleos basilares, y sobre todo a SALMON (3), uno de los más notables sustentadores del origen diencefálico de la epilepsia. Experimentalmente MARINESCO, SAGER y KREINDLER (4 y 5) han aportado hechos muy demostrativos a la teoría de la epilepsia subcortical, y nuestro trabajo sobre el efecto del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Cardiazol en los gatos descerebrados (6) es también una contribución de este estilo, aunque ya se vislumbra allí el fracaso de la concepción localizacionista aplicada a la epilepsia.

En lo referente a la epilepsia frontal recordaré los trabajos de HALPERN (7) y los electroencefalográficos de GIBBS y LENNOX (24) y en lo relativo a la epilepsia del cuerno de Ammon basta recordar los conocidos estudios de SPIELMEYER. Respecto a las localizaciones mesencefálicas, protuberancial y bulbar, en nuestro trabajo antes citado (6) hemos referido lo esencial del problema.

Cuando iniciamos nuestras investigaciones de la epilepsia cardiazólica, también partimos de estos prejuicios, pero el experimento nos mostró no un solo centro epileptógeno, sino un sistema complicado de ellos, donde hasta fué posible distinguir — por lo menos en el gato — actividades peculiares entre sí (reacciones tónicas, clónicas, mioclónicas, neurovegetativas, movimientos rítmicos, etc.), cuya compleja fusión formaba el gran ataque. Cada uno de estos fragmentos de la reacción general fué obtenido aislado, independiente de todos los otros, según el nivel del corte de descerebración u otros artificios experimentales.

He aquí el primer atisbo contra la hipótesis de un centro epileptógeno. Pero luego, prosiguiendo el estudio, esta misma conclusión resultó incierta, pues el examen más fino en los animales con ablaciones progresivamente mayores y seriadas nos demostró la gran complejidad de los problemas, y sobre todo la imposibilidad de aislar centros de reacciones definidas. Pero estas pesquisas pusieron en primer plano dos hechos : la relación entre la intensidad y prolongación de las reacciones con la magnitud de la exéresis de tejido nervioso, y con la depresión postraumática o diásquisis. * Así, la reacción epiléptica depende de estos dos factores más que de verdaderas localizaciones. Las observaciones de COBB y de HYETMATSU, de PIKE y ELSBERG, de MUNICIE y

* En este trabajo he preferido el nombre de **diásquisis** para designar a los fenómenos de inhibición de las funciones del tronco cerebral que se presentan después de la descerebración. Considero aquí la diásquisis en su acepción más general, como "un estado dinámico especial, generalmente de inhibición que se produce brusca y súbitamente en un sistema de neuronas cuyos axones se ramifican a distancia." (von MONAKOW). El término de "shock" que utilizan muchos fisiólogos para designar el estado de depresión postraumática, nos parece menos oportuno y preciso, pues tal designación se aplica en la actualidad a los fenómenos más variados y heterogéneos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SCHNEIDER también indican que es necesario emplear una dosis convulsivante mucho más fuerte para producir epilepsia en los animales parcialmente descerebrados.

La primera observación sobre las correlaciones entre la intensidad de la reacción cardiazólica y la magnitud de la destrucción encefálica fué verificada en una serie de gatos descerebrados en los cuales estudiamos las modificaciones de la presión arterial durante el ataque epiléptico (8). Entonces nos sorprendió el siguiente hallazgo: los animales con mesencéfalo intacto presentaban la mayor cifra promedial de hipertensión arterial (10,8 cm. de Hg en el manómetro de Ludwig); en segundo lugar se situaban los animales en que el corte había sido verificado entre los tubérculos cuadrigéminos superiores e inferiores, es decir, que sólo conservaban intacta la mitad inferior del mesencéfalo (6,7 cm. de Hg en promedio); en tercer término, estuvieron los gatos protuberanciales (que presentaron una elevación promedial de 4,4 cm. de Hg durante el ataque); y en último término, los gatos bulbares, en los que muchas veces se obtuvo hipotensión en vez de hipertensión (y que sólo tuvieron la pequeña elevación promedial de 3,13 cm. de Hg).

Estos resultados — que esquematizamos en la fig. 1 — no deberían ocurrir si la hipertensión que acompaña al ataque cardiazólico fuera resultado de la directa y simple excitación del centro vasoconstrictor bulbar o del centro vasoconstrictor diencefálico. Es preciso admitir, entonces, que estos experimentos no favorecen la doctrina de la localización de una función o de una reacción nerviosa; demostrándose, al contrario, que **la reacción vascular epiléptica depende mucho más de la cuantía de la ablación del tronco encefálico que de un centro vasoconstrictor especial.** Ya en uno de nuestros anteriores trabajos (9) hemos ofrecido la demostración que la reacción hipertensiva y también otras reacciones neurovegetativas, que se presentan durante el ataque, son una verdadera reacción epiléptica de los centros neurovegetativos.

También debemos añadir que en la revisión de los protocolos del trabajo nuestro ya citado (6) se advierte una objetiva relación entre la intensidad de las crisis convulsivas y el nivel de la sección transversa del tronco encefálico. Pero entonces no habíamos reparado en la importancia de este dato, sugestionados por la idea de una localización epileptógena, de donde resulta que en la publicación en referencia casi no se hace mención al problema, aunque por

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

las conclusiones de dicho trabajo se advierte ya la primera impugnación a la hipótesis del centro epileptógeno.

De la revisión de los protocolos del trabajo que acabamos de mencionar se descubre lo siguiente: en los gatos bulbares, en los cuales era preciso emplear dosis muy elevadas de Cardiazol para obtener reacciones, las convulsiones nunca eran intensas, confundiéndose en ciertos casos con simples espasmos tónicos, sin tremor; aun más, si una parte del bulbo estaba destruída, la reacción sólo consistía en un discreto y a veces no generalizado espasmo tó-

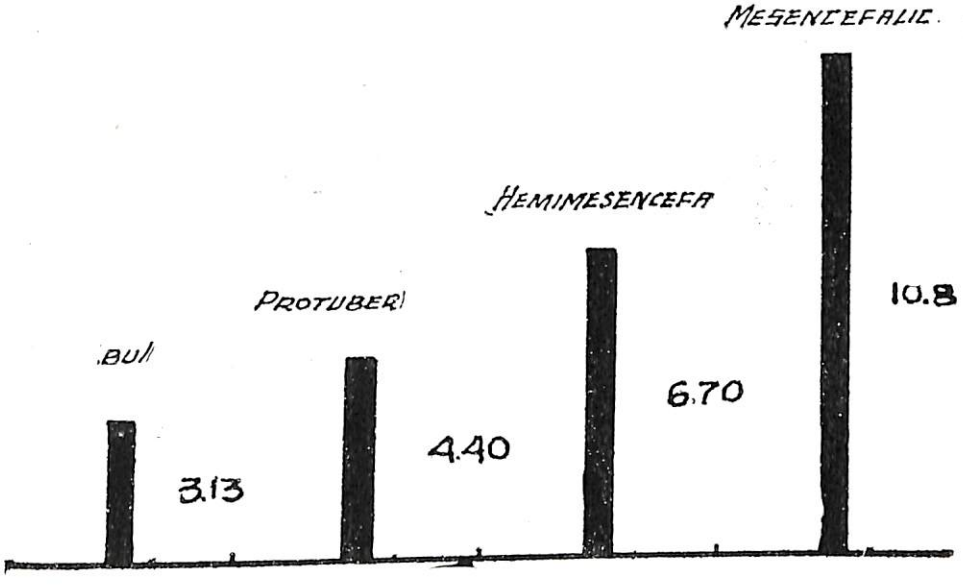


Fig. 1. Representación esquemática de las variaciones de presión arterial en el curso del ataque epiléptico producido por Cardiazol en una serie de 14 gatos descerebrados. Las cifras adjuntas a cada una de las columnas indican el aumento de presión en cm. Hg. Obsérvese el progresivo decremento de la hipertensión epiléptica en relación a la magnitud de destrucción del tronco encefálico : de izquierda a derecha se han representado los valores correspondientes a los gatos bulbares, protuberanciales, hemimesencefálicos y mesencefálicos.

nico. En estos experimentos era muchas veces difícil distinguir la crisis tónica de la rigidez de descerebración que subsigue. En los gatos protuberanciales la reacción epiléptica fué siempre más intensa, mucho mejor diferenciada de la hipertonía postconvulsiva; además, la dosis de Cardiazol epileptógena era menor. En los gatos mesencefálicos el ataque era más violento e intenso que en los gatos protuberanciales; y en los gatos diencefálicos y talámicos,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

finalmente, la crisis convulsiva era casi tan intensa como en los gatos normales, intactos, y la dosis convulsivante liminar también mucho más próxima a la normal.

Estas observaciones, obtenidas por así decirlo al acaso, nos han exigido un nuevo trabajo, verificado con el fin principal de apreciar la importancia de la magnitud de ablación de tejido nervioso en el ataque epiléptico, el cual en parte ha sido realizado en el estudio presente.

La principal ventaja de esta serie de observaciones en relación a las precedentes, consiste en haber estimado como factor principal a la diásquisis. En otros términos, hemos considerado las variaciones de la intensidad de las convulsiones como función del tiempo, a partir del instante de la descerebración. Sin esta condición era imposible apreciar la relación entre la intensidad de la reacción epiléptica y la magnitud de la ablación.

Finalmente, existe otro factor que fundamentalmente interviene en el estudio de la epilepsia experimental, y es la especie animal elegida para los experimentos. Felizmente, una serie de estudios precedentes (10 y 11) nos han aportado una concepción definida sobre este aspecto del problema. En efecto, con la reacción epiléptica ocurre algo semejante que con la locomoción general: la evolución filogénica impone una progresiva corticalización de la función. Hemos denominado a este principio general, siguiendo una expresión ya clásica en otros aspectos de la neurofisiología, **telencefalización de la reacción epiléptica.** Este principio fué establecido comparando las reacciones epilépticas, de individuos intactos y descerebrados, en toda la serie de vertebrados : peces, reptiles, batracios, aves, y mamíferos (10 y 11).

La comparación de las especies del gato y del perro nos confirma la regla general. Ocurre cual si en la última las zonas epilépgenas principales se hubieran desplazado un poco hacia arriba, sin que sea dable establecer límites fijos. Así, en el gato bulbar la reacción epiléptica siempre se produce, mientras que en el perro es muy rara o débil. La importancia del puente y del mesencéfalo como zonas epileptógenas es igualmente menor en el perro que en el gato. No creo que estas diferencias se expliquen exclusivamente atribuyendo mayor valor a la diásquisis en la primera especie que en la segunda, pues la prolongación del período postraumático no mejora, más allá de cierto límite, la intensidad de la reacción. Al contrario, suponemos que mucho de lo que se atribuye a la diás-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

quisis — que suele ser considerable en organismos superiores— se origina por la corticalización funcional. Precisamente, el esfuerzo que hemos desarrollado en este estudio consiste en diferenciar lo que corresponde a la magnitud de la lesión e indirectamente a la telecenfalización de la reacción estudiada, y lo que corresponde a la diásquisis.

A continuación exponemos el método de trabajo que hemos seguido.

EL METODO

Nuestras observaciones se verificaron en una serie de cincuenta perros descerebrados, los cuales fueron clasificados, según los resultados de la autopsia, en la forma siguiente: 12 mesencefálicos, 14 hemimesencefálicos, 13 protuberanciales y 11 bulbares.

Preferimos las experiencias agudas a las crónicas por razones diferentes: A) Porque en un animal descerebrado, después de algunos meses de la intervención quirúrgica, es posible que se verifiquen, por una readaptación a las nuevas condiciones de vida, grandes cambios en las funciones de los centros conservados, los cuales hasta pueden adquirir propiedades que antes no tuvieron, y entonces lo que se descubre en tal caso sería no sólo las funciones normales que les son propias, sino también las adquiridas. B) Algunas horas después de la descerebración reaparecen muchas finas funciones, por ejemplo, los movimientos rítmicos de la marcha y los reflejos antigravídicos y pseudodolorosos, no existiendo, en consecuencia, razón que obligue a dudar de la recuperación de la reactividad epileptógena — que es propiedad muy elemental del sistema nervioso — cuando se han integrado ya funciones más complejas. C) Finalmente, existe una razón más decisiva en este caso para preferir el experimento agudo al crónico: la dificultad de conservar con vida a mamíferos en los cuales la ablación encefálica ha comprometido el mesencéfalo, el puente de Varolio e incluso el bulbo. Fácil es conservar animales descerebrados con núcleos subcorticales intactos, por lo menos con integridad del diencéfalo; pero nuestros experimentos exigían, necesariamente, extirpaciones más profundas, y en este caso sólo se puede realizar la experiencia aguda.

El tiempo que ha mediado entre la descerebración y la inyección convulsivante es, como se puede apreciar en nuestras tablas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

I, II y III, de algunos minutos a 56 horas como máximo. En dichas tablas cada una de las series de animales experimentados ha sido ordenada con arreglo al tiempo postraumático, figurando en los primeros lugares los casos en que la inyección convulsivante se hi-

TABLA No. 1 : PERROS MESENCEFALICOS

No. del experimento	Tiempo	1ª. Dosis (cgs x kgs)	Convulsiones tónicas y clónicas	Movimientos de natación	2ª Dosis (cgs x kgs)	Convulsiones tónicas y clónicas	Movimientos de natación
1	20'	2	+	0	4	+	+
2	30'	2	+ + +	0			
3	1 h	2	0	0	4	+	0
4	1h 35'				4	+ + + +	+ +
5	2 h	2	+	0	3	+ + + +	+ + + +
6	2 h	2	0	+ + + +	4	+	+ + + +
7	2 h 8'	2	+	0			
8	2 h 20'	2	0	0			
9	7 h 15'	2	+ + +	+ +			
7*	7 h 20'	2	+ + +	+ +			
10	7 h 30'	2	+ +	0	3	+ + +	+
6*	7 h 35'	2	+ +	+ + + +			
11	16 h	2	+ + + +	+ + + +			
12	48 h	1, 5	0	0	3	+ +	0
12*	56 h	2	+ + +	0	4	+ + + +	0

zo más precozmente y en último término las experimentaciones tardías.

Las dosis utilizadas fluctúan entre 2 y 6 centígramos de Cardiazol por kilo de peso; en consecuencia, se trata de dosis supra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

máximas, correspondientes a una susceptibilidad convulsivante aminorada. Por lo regular cada animal de experiencia recibió dos inyecciones; cuando a la primera de 2 cgr. por kilo no hubo respuesta o ésta fué muy débil, que era lo más frecuente, fué aplicada a continuación una dosis mayor. Sólo en algunos casos se repitió la inyección horas más tarde; ellos figuran en nuestras tablas con la misma numeración—pues se trata de dos experimentaciones en el mismo animal — y son muy ilustrativos para apreciar el efecto diasquítico sobre la reacción convulsivante.

Los experimentos han sido divididos en tres grupos. El primero, que corresponde a la tabla I, comprende a los animales con mesencéfalo intacto; el segundo, representado por la tabla II, corresponde a los animales con mesencéfalo parcialmente conservado, en los que fué extirpada la parte superior de un plano que pasara entre los tubérculos cuadrigéminos superiores e inferiores; el tercero, comprende los perros protuberanciales, es decir, que sólo conservan del tronco cerebral el bulbo y la protuberancia, y está expresado en la tabla III; el cuarto y último grupo, finalmente, de los perros bulbares, no tiene ninguna tabla que detalle sus resultados, porque, como fué dicho, en el perro es muy raro que se produzcan convulsiones por Cardiazol cuando se ha destruído el puente o siquiera una parte de él.

El Cardiazol, utilizando la solución de "Knoll" al 10%, fué introducido en la vena safena.

Después de haber ensayado el método miográfico, para apreciar la intensidad de la crisis convulsiva, hemos llegado a la conclusión, que la simple observación a d o c u l o s es el procedimiento más seguro y práctico. En efecto, el registro de la contracción de un solo músculo o grupo de músculos, no es fiel expresión de todo el ataque, sin contar los errores de los procedimientos miográficos utilizados. Por cierto, sería en este caso mucho más eficaz la electromiografía.

En los cuadros I, II y III la intensidad de las convulsiones se ha determinado por medio de cruces, figurando — según que la reacción sea muy débil, débil, mediana o fuerte — de uno a cuatro de estos signos. La calificación de muy fuerte debe reservarse para la reacción epiléptica de animales intactos. Además de las convulsiones tónico-clónicas, se ha considerado también los movimientos de natación.

Por el examen de los cuadros referidos se puede apreciar, a

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

grandes rasgos, las variaciones de la intensidad del ataque en relación al tiempo (variación que indirectamente corresponde a la diásquisis); mientras que, comparando entre sí los tres cuadros, se ob-

TABLA No. 2: PERROS HEMIMESENCEFALICOS

No. del experimento	Tiempo	1ª. Dosis (cgs x kgs)	Convulsiones tónicas y clónicas	Movimientos de natación	2ª Dosis (cgs x kgs)	siones tónicas y clónicas	Movimientos de natación
1	40'	2	0	0	4	+ + +	+ + +
2	40'	2	+	+ + + +	3	+ + + +	+ + + +
3	1 h 30'	2	0	0	4	+ + + +	+ + + +
4	2 h	2	0	0	4	+ + + +	+ + + +
5	2 h	2	+	0	4	+ + + +	+ + + +
6	3 h	2	+ +	0			
7	4 h	2	+ +	0	3	+ + +	0
8	4 h 30'	2	+ +	0	4	+ + + +	+ + + +
9	5 h 30'	2	+ +	+ + +	3	+ + + +	+ + + +
10	6 h	2	0	0	3	+ + + +	+ + + +
11	6 h	2	0	0	6	+	+
12	6 h 30'	2	0	0	4	+ + + +	+ + + +
13	7 h	2	0	0	4	+ + + +	+ + + +
14	7 h	2	+ +	+ +	3	+ + +	+ + +
5*	18 h	2	+ + +	+ + + +			

tiene una idea general de la importancia de la cuantía de tejido nervioso conservado del tronco encefálico en la intensidad de la crisis convulsiva. El grupo de los perros bulbares no tiene tabla representativa, porque la extirpación de la protuberancia o parte

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de ella anula casi, dentro de las condiciones experimentales de este trabajo, la reacción epiléptica.

La figura 2 es una objetivación gráfica del contenido de los cuadros I, II y III. Hemos creído conveniente poner en práctica este procedimiento para demostrar, en forma más simple y convincente, la importancia de los factores diásquisis y masa de tejido nervioso en la epilepsia. Ofreceremos una exposición de sus detalles en el capítulo siguiente.

DESCRIPCION DEL ATAQUE EN LOS PERROS DESCEREBRADOS

Entre las convulsiones que produce el Cardiazol en los perros intactos y en los descerebrados hay principalmente diferencias de intensidad. La descerebración disminuye, por los factores que indicaremos a continuación, la fuerza de la reacción.

En primer lugar debemos considerar las dosis subconvulsivantes. En dos trabajos anteriores llamamos la atención sobre los efectos del Cardiazol en la rigidez descerebrada de los gatos, a la que siempre intensifica. En el perro este resultado es menos constante: en muchos experimentos hemos comprobado que el Cardiazol disminuye bruscamente la rigidez descerebrada, sin que sea posible dar una explicación a esta inversión del efecto; pero son más numerosos los casos en que este medicamento produce su típico efecto estimulante sobre la rigidez.

Si se trata de un perro mesencefálico con reflejos antigravidicos, se observa que el Cardiazol estimula dichos reflejos. Si la dosis es mayor, pero siempre subconvulsivante, se pueden obtener reacciones de agitación general, o movimientos de natación, lo cual indica que **el Cardiazol estimula directamente, aun a dosis subconvulsivas, el centro o centros de los movimientos rítmicos de la marcha, posiblemente el núcleo rojo.** En los animales intactos no se producen, con las pequeñas dosis, estas crisis de movimientos rítmicos de las extremidades, por lo cual debemos aceptar que la simultánea excitación de un centro superior que suprime la descerebración, es origen de un impulso inhibidor.

Acerca del origen de estos movimientos rítmicos, que RANSON y BROWN han localizado en el mesencéfalo, posiblemente en el núcleo rojo, caben — según se deriva de nuestros experimentos — aún muchas conjeturas. En efecto, aunque por lo regular los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

movimientos rítmicos sólo se producen en los animales mesencefálicos o hemimesencefálicos, fué observado que en ciertos casos se producen también en los animales protuberanciales. En nuestro trabajo sobre los gatos descerebrados estimulados con coramina (12) ya habíamos observado que para la producción de movimientos rít-

TABLA No. 3 (PERROS PROTUBERENCIALES)

No. del experimento	Tiempo	1ª. Dosis (cgs x kgs)	Convulsiones tónicas y clónicas	Movimientos de natación	2ª Dosis (cgs x kgs)	Convulsiones tónicas y clónicas	Movimientos de natación
1	20'	2	0	0	4	0	0
2	35'	2	0	0	4	0	0
3	1 h	2	0	0	4	0	0
4	1 h	2	0	0	3	0	0
5	1 h	2	0	0	6	0	0
6	1 h				4	+	0
7	3 h 20'	2	0	0	4	0	0
8	5 h				3	+	0
9	5 h 17'	2	0	0	6	++	+++
10	5 h 30'	2	0	0	4	++	0
11	6 h	2	0	0	4	+	0
12	6 h	2	0	0	4	0	0
13	7 h	2	+	0	4	++	+

micos era indispensable una delgada lámina de tejido mesencefálico, inmediatamente por encima de la protuberancia, cuyo plano inferior pasara por la mitad de los tubérculos cuadrigéminos inferiores, limitando el inferior con la misma protuberancia. En el perro se encuentra algo semejante, pero en muchos casos — como fué también advertido en el gato— el mismo puente de Varolio es su-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ficiente para producir los movimientos de la marcha y de la natación. En consecuencia, **no existe una estricta localización de los movimientos de natación.** Lo único que se puede afirmar es que el mesencéfalo y la parte superior de la protuberancia constituyen los puntos de partida de los impulsos correspondientes. A medida que la región referida se destruye, los movimientos de natación son menos frecuentes y coordinados.

Otros efectos característicos de las dosis subconvulsivantes de Cardiazol son: una estimulación de los reflejos pseudodolorosos de los animales mesencefálicos, y de los reflejos flexor directo y extensor cruzado.

Las convulsiones que el Cardiazol produce en los perros descerebrados son tónicas y clónicas, como en los perros intactos. No ha sido posible, como en el gato, disociar la crisis tónica de la clónica, lo cual se explica porque los perros bulbares — que serían los únicos que podrían ofrecer convulsiones tónicas aisladas — no dan ninguna reacción, y los protuberanciales siempre presentan un ataque tónico-clónico. La destrucción de la parte inferior de la protuberancia anula la reacción convulsiva. En los perros bulbares ni aun con dosis de 6 cgr. de Cardiazol por kilo de peso se obtiene reacciones epilépticas en las primeras horas que siguen a la descerebración. En general, en todos los animales descerebrados la dosis convulsivante liminar está aumentada. También hay incremento del período de latencia preconvulsivo.

Entre los fenómenos que acompañan al ataque de los perros descerebrados tenemos los siguientes: micción, midriasis e hipertensión arterial. Los fenómenos que siguen al ataque son: rigidez muscular, equivalente a la que se presenta en el hombre después de la crisis convulsiva, en los perros protuberanciales; depresión temporal de los reflejos de rectificación, en los perros mesencefálicos; nistagmo; status epilepticus, que muchas veces sólo está constituído por discretas sacudidas, y que suele presentarse aun en los perros protuberanciales; sialorrea prolongada y abundante en algunos casos; vómito y defecación.

ESTUDIO DEL ATAQUE CONVULSIVO EN RELACION A LA DIASQUISIS

El problema de la diásquisis y del shock nervioso postraumático entraña serias dificultades. Algunos juzgan que se trata,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

simplemente, de efectos postraumáticos, incluyendo en este caso, en la misma serie de fenómenos, el shock espinal y la diásquisis. Para una averiguación más detallada de los aspectos fisiológicos y fisiopatológicos de la cuestión, remitimos al lector a los trabajos de PIKE (13 y 14), TRENDELENBURG (15), v. MONAKOW (16) y SHERRINGTON (17). Aquí sólo nos es obligado referir lo siguiente: **inmediatamente después que el sistema nervioso recibe una lesión, especialmente después de la ablación de una de sus partes, disminuye la susceptibilidad epileptógena,** lo cual se traduce objetivamente por el aumento de la dosis liminar convulsivante de Cardiazol.

De esta suerte, después de la descerebración de un animal no hay respuesta epiléptica, aun cuando se le inyecte cantidades de substancia considerablemente mayores que las normales (por ejemplo, 4 ó 6 cgr. de Cardiazol por kilo de peso y por vía endovenosa).

En el primer instante no es posible decidir si la falta de reactividad epiléptica se debe a la extirpación de algún centro epileptógeno fundamental, o sólo a la diásquisis. La respuesta se nos ofrece si tenemos cuidado de repetir la inyección algunas horas más tarde; entonces se observa que la misma dosis, e incluso una dosis menor, manifiestan sus efectos epileptógenos. En consecuencia, no cabe duda que **en un período variable de algunos minutos o algunas horas que siguen a la descerebración, se manifiesta en el tronco cerebral un estado de shock o diásquisis que imposibilitan la respuesta epiléptica.** En los experimentos 6 y 7 de la tabla I y en el experimento 5 de la tabla II tenemos una prueba de esta afirmación. Además, si examinamos todos los cuadros se advierte que la frecuencia e intensidad de las reacciones aumenta directamente con la prolongación del período postraumático en todos los casos.

No es lógico aceptar que en tan corto tiempo los centros nerviosos conservados adquieran funciones suplentes, observándose, al contrario, que el fenómeno de la anulación de la reactividad epiléptica que ocurre después de la descerebración se relaciona con el shock espinal o postraumático. En efecto, existe cierto paralelismo entre la recuperación de los reflejos y la reaparición de la susceptibilidad epiléptica. Este paralelismo no es constante.

No es posible aventurar por el momento ninguna hipótesis acerca de este fenómeno. Sólo caben conjeturas para determinar si se trata de un estado de inhibición causado sobre las mismas neuronas del tronco encefálico a consecuencia de la injuria sobre los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

centros superiores, o de una simple alteración funcional originada por la supresión de los centros superiores, siguiendo los puntos de vista de PIKE, TRENDELENBURG y SHERRINGTON. Sólo podemos ilustrar el problema con los hechos siguientes que se refieren a la epilepsia: el efecto antiepiléptico postraumático es muy prolongado en los perros, es mucho más breve en los gatos; más breve aún en las aves (11); pero donde alcanza su mínima duración es en los reptiles y batracios (10 y 18). Por supuesto, que al pasar de los vertebrados a los invertebrados el efecto antiepiléptico de la descerebración disminuye en forma considerable, como lo hemos demostrado en el crustáceo a s t a c u s f l u v i a t i l i s (10) siendo casi inapreciable por su pequeñez en el grillo (19).

Pero esta serie de variaciones del efecto de la descerebración según la especie no es tan fácil de juzgar, porque al shock se agrega lo que corresponde al principio de la telencefalización. Pero, como tales diferencias están ligadas a la vez que al desarrollo de la especie, al desarrollo cerebral, debemos por hoy reconocer la importancia de las hipótesis de PIKE, TRENDELENBURG y SHERRINGTON para explicarnos el efecto antiepiléptico de la ablación cerebral.

De otro lado el estudio del ataque epiléptico en relación a la diásquisis nos conduce a otro problema que es su corolario, al estudio de la reacción epiléptica en relación a la integración funcional. Así como la diásquisis es una inhibición a distancia, la integración funcional es un estado de excitación, o en general un estado dinámico especial, mantenido por unos centros nerviosos sobre otros que se encuentran lejanos. Es la desaparición de este estado dinámico lo que constituye la diásquisis. En consecuencia, si la diásquisis es el negativo de la integración, se comprende que ésta última sea tan importante para la suscitación del ataque epiléptico como perturbadora para éste es aquélla. Insistiremos después sobre estos conceptos.

ESTUDIO DEL ATAQUE CONVULSIVO EN RELACION A LA MASA RESIDUAL DEL TRONCO ENCEFALICO

Pasamos ahora a considerar el factor que juzgamos más importante en la determinación de la epilepsia experimental, la relación entre la magnitud de la descerebración y la reacción convulsiva.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Si la disminución de la suceptibilidad epiléptica que se presenta después de la descerebración fuera originada únicamente por el shock, y si las convulsiones tuvieran por origen un exclusivo centro epileptógeno, no deberían presentarse variaciones según el nivel de la descerebración. La experiencia nos ha demostrado, al contrario, que éste es el factor más importante.

En este aspecto entre el Cardiazol y la estricnina existen fundamentales diferencias. Este último alcaloide produce convulsiones cuya intensidad no se relaciona con la masa de tejido nervioso afectada, y ocurre como si cada neuromera ofreciera su reacción independientemente. Con el Cardiazol ocurre algo muy distinto: la reacción convulsiva que produce va siendo menos intensa — independientemente del efecto diasquítico— a medida que se destruye el tronco encefálico. **El efecto epiléptico cardiazólico es la suma de reacciones de los centros del tronco encefálico, agregándose como factores secundarios las reacciones cerebrales y espinales.**

Para demostrar este enunciado hemos dividido a los 40 perros de nuestros experimentos en cuatro grupos, según la magnitud de la ablación. Los tres primeros grupos están representados en las tablas I, II y III, y el cuarto no tiene figuración por carecer de reacción epiléptica verdadera. Esto quiere decir que el bulbo solo —suficiente en el gato para producir reacción epiléptica — es mucho menos eficiente en el perro.

Basta comparar los tres cuadros entre sí para demostrar la importancia de la magnitud de la ablación. Obsérvese, por ejemplo, que el número de reacciones positivas con una dosis de 2 cgr. por kilo de peso es mayor en la tabla I que en la II, y por supuesto que en la tabla III, en la cual son negativas todas las respuestas a la referida dosis.

En la figura 2 presentamos una objetivación más demostrativa que los mismos cuadros: en un sistema de ordenadas y abscisas — que expresan el tiempo a partir de la descerebración y la dosis por kilo de peso respectivamente — se han señalado todos los resultados positivos, es decir, todas las reacciones epileptiformes. Las reacciones correspondientes a los animales mesencefálicos han sido representadas en forma de pequeños cuadrados; las reacciones de animales hemimesencefálicos, en forma de triángulos; y las reacciones de animales protuberanciales, en forma de círculos. Las reacciones fallidas, muy débiles o nulas, no tienen en el sistema ningu-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

na figuración. La intensidad de la reacción se ha expresado en el tamaño de cada uno de los referidos signos.

Basta una simple ojeada en este esquema para advertir el predominio de los cubos sobre los triángulos en las primeras tres

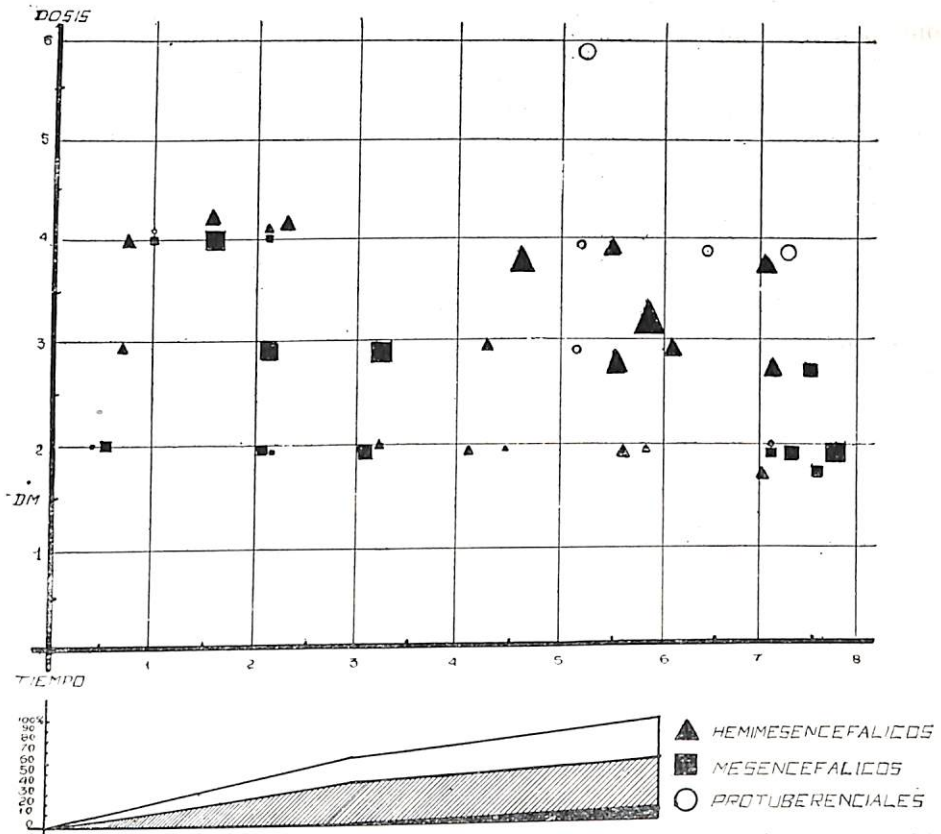


Fig. 2. El eje de ordenadas indica las dosis de Cardiazol en centigramos por kilogramos de peso (las letras DM señalan la dosis media convulsivante). El eje de abscisas indica el tiempo transcurrido a partir de la descerebración. Los signos cuadrados, triangulares y circulares indican, respectivamente, los ataques de los perros mesencefálicos, hemimesencefálicos y protuberanciales; y el tamaño de dichos signos indica, aproximadamente, la intensidad de las convulsiones. Obsérvese que en las primeras tres horas predominan las reacciones de mesencefálicos; entre las tres y seis horas las reacciones de hemimesencefálicos; y entre la 5a. y 8a. horas, las reacciones de protuberanciales. Además, hay disminución de la dosis conforme la experiencia se desplaza de la 1a. a la 8a. hora para las tres series de casos.
En la figura inferior el eje de ordenadas indica el tanto por ciento de reacciones positivas (convulsiones) de cada una de las series de experimentos; y el eje de las abscisas indica el tiempo transcurrido a partir de la descerebración, de la primera a la sexta hora. La línea superior corresponde a los perros mesencefálicos, la media a los hemimesencefálicos, y la inferior a los protuberanciales. Obsérvese la diferencia de cada una de ellas.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

horas, y luego el descenso de la altura de los primeros en las tres horas siguientes. Los círculos (o signos de los animales protuberanciales) aparte de ser raros se encuentran muy desplazados hacia arriba y hacia atrás.

En la parte inferior de esta misma figura 2 se representan las curvas de variación porcentual de respuestas epilépticas en relación al tiempo. Examínese estas curvas en relación a la tabla IV. Los animales mesencefálicos presentan en el curso de las primeras tres horas después de la descerebración un 63% de reacciones epilépticas positivas a la inyección de Cardiazol, y un 37% de resultados nulos o negativos. En el curso de estas tres mismas prime-

TABLA No. 4

1 a 3 horas		3 a 6 horas	
Mesencefálicos :	63%	Mesencefálicos :	100%
Hemimesencefálicos :	33 ,,	Hemimesencefálicos :	58 ,,
Protuberanciales :	0 ,,	Protuberanciales :	10 ,,
Bulbares:	0 ,,	Bulbares:	0 ,,

ras horas los animales hemimesencefálicos presentan un 33% de reacciones positivas, y un 67% de resultados negativos, lo que indica que la destrucción del mesencéfalo superior reduce casi a la mitad los porcentajes; y los animales protuberanciales y bulbares dan 0% de reacciones. En el curso de la tercera a la sexta hora la frecuencia de las reacciones epilépticas de los mesencefálicos aumenta a 100%, en los hemimesencefálicos el aumento es de 58%, y en los protuberanciales es de 10%. Tales diferencias están expresadas en el gráfico inferior de la figura 2, en que las líneas de ordenadas y abscisas representan el tiempo y los porcentajes.

Ahora bien, si la cantidad de tejido cerebral en conjunto no tuviera importancia, dependiendo las variaciones exclusivamente del shock, sería imposible explicar las diferencias de las curvas de cada uno de los grupos considerados, pues todas deberían ser casi iguales. En consecuencia, dichas curvas nos demuestran satisfactoriamente que las convulsiones epilépticas producidas por el Cardia-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

zol no dependen de la excitación de un exclusivo centro, sino de la totalidad de tejido del tronco encefálico.

DISCUSION E HIPOTESIS GENERALES

Los resultados que acabamos de exponer nos revelan que **la reacción epiléptica no puede ser explicada exclusivamente por la teoría de las localizaciones.** No existe un centro epileptógeno exclusivo, y el hallazgo de un determinado foco patógeno en las autopsias de antiguos epilépticos sólo indica, según nuestro criterio, el punto de partida de una excitación que pone en actividad al conjunto de neuronas, dispersas en el tronco encefálico y posiblemente también en la corteza, que intervienen en la reacción convulsiva.

Sin embargo, no creemos en forma alguna que los resultados de nuestros experimentos deban considerarse como una refutación más, en forma absoluta, a la teoría de las localizaciones funcionales del sistema nervioso. El hecho de que sea indispensable el tronco cerebral, en parte o en su integridad, para que se verifique el ataque epiléptico es ya, en cierta forma, un argumento favorable a la hipótesis de que existen varios centros epileptógenos en toda su longitud. Pero la observación de que la intensidad del ataque varía directamente con la amplitud de la destrucción, obliga, por lo menos, a suponer que tales centros podrían ser largas columnas, siguiendo el eje del tronco cerebral. Pero como una posibilidad semejante deberíamos aceptar en lo referente a los centros vasoconstrictores, nos parece poco verosímil la existencia de tales centros longitudinales.

Con más simpatía consideramos la hipótesis de la transmisión de impulsos o excitaciones de un centro a otro centro— como ocurre entre los centros respiratorio y vasoconstrictor — que nos permite una comprensión más adecuada de los fenómenos. Considerando así el problema nos parece, en conclusión, que rechazar la teoría de las localizaciones en forma absoluta nos conducirá a un absurdo tan grave como aceptarla en forma exclusiva. El gran error consiste en haber considerado la teoría del mosaico funcional con un criterio morfológico.

Por cierto, los centros nerviosos existen, y existen incluso como principios funcionales, pero por encima de su actividad está la actividad de todo el sistema nervioso como si fuera una unidad perfecta. Cada centro influye sobre todo el sistema nervioso y al

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mismo tiempo recibe la influencia de todo el sistema nervioso. Según la hipótesis de GOLDSTEIN (20) las funciones de cada centro dependen de sus relaciones con la totalidad del sistema nervioso. Este debe ser mirado en conjunto como un solo órgano — como el hígado o el riñón — y en este sentido su actividad funcional depende de su integridad o de la magnitud de su destrucción; pero al mismo tiempo se advierte que al lado de este factor funcional total, existen valores parciales subordinados, o centros funcionales, cuya actividad depende tanto de ellos mismos como de las influencias que reciben de todo el resto del sistema.

En otros términos, la teoría clásica de las localizaciones nos presenta al sistema nervioso como un mosaico de centros y a la función total como una integración o concordancia de las funciones de tales centros. Ahora planteamos la cuestión en forma diferente: el mosaico funcional existe, e incluso los centros, pero en vez de ser la actividad total exclusivamente una integración o suma de las funciones parciales, resulta al contrario, que cada función y reacción parcial es integrada y dinamizada por el conjunto. Lo que llamamos integración funcional sería una doble actividad, caracterizada principalmente por relaciones dinámicas, que pone en movimiento o presta apoyo a una serie de actividades parciales, o funciones de los centros.

Esta concepción es sobre todo muy aplicable al caso de la epilepsia cardiazólica, en donde podemos concebir la reacción incluso con un concepto económico o energético. En este caso existen múltiples centros epileptógenos, pero el ataque no resulta, simplemente, del estímulo particular, aunque simultáneo, de cada uno de estos centros, sino de una función integrativa general — cuya desaparición es la diásquisis —, que depende, en gran parte, de la masa total del tejido nervioso. Múltiples veces hemos insistido en esta relación de la epilepsia y la integración nerviosa, demostrada filogénicamente en nuestro trabajo sobre la epilepsia de los invertebrados (19), y en este caso es conveniente señalar la relación evidente entre la capacidad de integración y la magnitud de tejido nervioso indemne.

Debemos principalmente a JACKSON el primer atisbo de la relación entre la masa de tejido nervioso destruída y la función: "Yo sugiero (pero no puedo expresarlo definitivamente), escribía él, que si una pequeña cantidad de un órgano nervioso es destruída, hay recuperación; si una gran cantidad, hay alguna recuperación; si

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

una cantidad muy grande, la recuperación es muy escasa." Pero ha sido LASHLEY quien prácticamente ha demostrado esta idea. "En experimentos de amnesias postoperativas hallé que la cuantía de práctica necesaria para el restablecimiento de un hábito es proporcional a la extensión de la lesión." (21). CHI-NAN HU ha llegado, ulteriormente, a resultados concordantes. Recientes observaciones experimentales como las de ANDRE REY (22) insisten en referir esta importancia de la masa a la función, pero LASHLEY se muestra cauteloso: "Todo esto indica que la eficiencia de la actividad cortical, en complejas funciones adaptativas, dice, depende de la masa total de tejido utilizable para la función, y que esta relación no se debe a la eliminación de varias y diferentes funciones de diversas áreas, sino a la reducción de una actividad cortical más general, tal como aquella que Head ha caracterizado como vigilancia." (23).

Preferimos, en atención a la naturaleza y exigencias de nuestros resultados experimentales, no recurrir a este último concepto de HEAD, que complica el asunto sin ofrecerle solución, pero nos sumamos al criterio de LASHLEY de no referir el factor masa directamente a la suma de funciones específicas, sino a una entidad más general, aunque esta sea "una suerte de energía nerviosa cuya cuantía determina la eficiencia de muchos procesos cerebrales," en el sentido de SPEARMAN. Sin embargo, LASHLEY ha considerado ulteriormente el problema desde el punto de vista cualitativo; el deterioro postraumático es una pérdida de cierta organización nerviosa tanto cualitativa como cuantitativa, reconociendo no obstante, en cada sistema cualitativo, variaciones cuantitativas de eficiencia. En lo relativo a la epilepsia ya está dicho que se necesita no un determinado centro epileptógeno, sino cierta cantidad de tejido del tronco encefálico; siendo en este caso el concepto de SPEARMAN más aplicable, pues el ataque puede ser comprendido como descarga de impulsos nerviosos.

No obstante, preferimos el concepto de integración funcional — en el sentido que luego vamos a exponer — que nos parece más claro y fisiológico que el vago concepto de vigilancia, que se presta a confusiones.

La más sencilla experimentación demuestra en forma muy objetiva que a medida que se destruye el sistema nervioso central la integración funcional disminuye, al extremo que, cuando se acaba por suprimir el mielencéfalo — estrato inferior del tronco encefáli-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

co — desaparece la capacidad propiamente integrativa y lo que queda, la medula, sólo actúa como simple colonia de metámeras. En este caso hay también en el sistema cualitativo "variaciones cuantitativas de eficiencia". Así, **la actividad del tronco encefálico es esencialmente suprametamérica o integrativa.** Por lo mismo no es coincidencia que sea el bulbo, aun para los vertebrados inferiores como los batracios (18), el último órgano efector de la reacción epiléptica cardiazólica, cuya ablación acaba por suprimir dicha reacción epiléptica en forma definitiva.

Esta misma concepción nos permite explicar la importancia de la diásquisis en la epilepsia, considerando que el efecto de una lesión cerebral consiste principalmente en una supresión momentánea de la integración funcional. Lo fundamental es que **la alteración de la integración funcional suprime la reacción epiléptica, pero al mismo tiempo dicha alteración depende de la magnitud de tejido nervioso destruído.**

Hay razones para sospechar que para la puesta en acción de esta función integrativa tiene especial importancia el tronco cerebral, en el cual hay una verdadera cadena de centros encargados de verificar integraciones funcionales parcelares (funciones de la respiración, del tono muscular, del parasimpático visceral, etc). Tal vez se entienda que esto equivale a una localización, siquiera a un conjunto de localizaciones, de la función integrativa; pero creemos que afirmar que la región troncoencefálica tiene particular importancia como condición de las actividades integrativas no es, en modo alguno, equivalente a localizar la integración misma, que, como hemos dicho, es una función del conjunto del sistema nervioso. El mismo ANDRE REY (22) reconoce, en algunos casos, que la importancia de las áreas especializadas es innegable. En la epilepsia cardiazólica del perro es de gran importancia la región mesencefálica.

Pero nos es obligado, además de todas las consideraciones precedentes, reconocer que existe una gran diferencia entre una función nerviosa cualquiera y la reacción epiléptica. Hasta aquí, al ocuparnos del problema de las localizaciones, hemos tratado en el mismo plano el ataque epiléptico y las funciones, cuando se trata en realidad de cuestiones muy diferentes.

La función es casi siempre una reacción heterocrónica: empleando una expresión de von MONAKOW, es una figura kinética, y está regida por el principio de la localización cronógena. La epi-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

lepsia, en cambio, según nuestras observaciones, es una reacción sincrónica totalitaria del sistema nervioso. El fenómeno fisiológico que tiene más semejanza con el ataque epiléptico es la rigidez descerebrada, que es, sin embargo, también heterocrónica.

Esta virtud especial de ser una reacción sincrónica confiere al ataque epiléptico la asombrosa uniformidad que tiene en todos los animales. Ya hemos dicho que el ataque epiléptico de un grillo o de un saltamontes es idéntico al ataque de un batracio, de un pájaro o de un hombre. Esta identidad hace contraste con la diversidad de las reacciones funcionales, que son tan distintas y variables por lo mismo que son combinaciones infinitas de reacciones parcelares, que se desenvuelven en el tiempo como una melodía. En cambio, en la reacción epiléptica todas las neuronas producen a la vez su descarga de impulsos.

Una imagen hará más evidente el concepto que implicamos: si el sistema nervioso se compara a un instrumento musical en el que cada cuerda es un centro o metámera, la ejecución de una melodía, en la que cada cuerda vibra a su tiempo y con cierta intensidad, se puede considerar como el símil de la función; pero si hacemos vibrar bruscamente a la vez todas las cuerdas, produciendo un estruendo, tendremos el símil de la epilepsia. En este ejemplo lo que, para explicar nuestra concepción del ataque epiléptico, hemos llamado integración de la función no sólo es la correlación y armonía de las distintas cuerdas — lo que correspondería al clásico concepto de integración de la función — sino la tensión adecuada de las cuerdas y la fuerza que las mantiene en dicha tensión, sin la cual ninguna vibración se verifica. De igual suerte, el sistema nervioso que después de un trauma y en estado de diásquisis ha perdido su integración funcional se puede comparar al instrumento cuyas cuerdas relajadas no dan ningún sonido. Este estado de tensión adecuada, semejante a una excitabilidad de conjunto y en cierto grado independiente de las correlaciones funcionales que son su causa y consecuencia, es en nuestro sentir tan importante para la verificación de la función como el ataque epiléptico. Cuando se destruye, a consecuencia de un trauma, ni aquélla ni éste pueden manifestarse.

Las observaciones electroencefalográficas de GIBBS, DAVIS y LENNOX (24) ofrecen un punto de apoyo a la idea que hemos considerado: en condiciones fisiológicas la actividad cerebral de los pequeños bloques de células funcionalmente aliadas, descargan a su

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

propio ritmo y proporción, en forma continua y regular, lo cual es registrado en forma de pequeñas y frecuentes oscilaciones de potencial eléctrico; durante el pequeño ataque las células pierden su ritmo y cuantía de actividad característicos, y la descarga de potencial se extingue y la actividad electroencefálica casi desaparece.

Sólo con la hipótesis que acabamos de enunciar — y que es una adaptación de la teoría de la diásquisis — se puede explicar porqué después de un trauma nervioso desaparece la reacción epiléptica que el Cardiazol produce en los animales, reacción que nada tiene que ver con las correlaciones funcionales — o con la integración considerada como fenómeno de correlaciones — y que es tan fuerte que ni la misma anestesia profunda consigue suprimir.

En un sentido empírico el fenómeno del shock postraumático puede ser entendido como un simple descenso de la susceptibilidad al Cardiazol que ocurre después de la descerebración, una suerte de estado de inexcitabilidad o de hipoexcitabilidad, de cuya progresiva desaparición dan cuenta nuestros cuadros I, II y III y nuestra figura 2.

En consecuencia, es un error concebir la reacción epileptiforme con criterio anatómico, como si fuera el resultado de la hiperexcitabilidad de uno o más centros convulsivantes. La reacción epiléptica es un proceso fundamentalmente dinámico, que se verifica en la totalidad del sistema nervioso; los centros convulsivantes, o mejor dicho los centros motores y tónicos, sólo tienen la significación de verdaderas vías finales comunes de los impulsos epilépticos que vienen de todas partes y que ellos reciben, intensifican y derivan a la periferia.

La concepción anatómica de la epilepsia experimental— es decir, la explicación de las convulsiones como resultado exclusivo de la irritación de un determinado foco — no podrá explicarnos nunca el efecto terapéutico de las convulsiones en las psicosis. Sería necesario, en tal caso, aceptar un criterio anatómico o localizacionista de estas enfermedades. Contrariamente, la concepción dinámica que nosotros propugnamos será eminentemente más útil.

CONCLUSIONES

Las convulsiones producidas por el Cardiazol no son, simplemente, la suma o reunión de impulsos que parten de los centros nerviosos excitados; son hasta cierto punto la expresión de un es-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

pecial estado dinámico del sistema nervioso central, la integración funcional, que sólo se presenta en los organismos superiores, cuyo sistema nervioso funciona unitariamente y no como simple colonia de metámeras. Tal estado de integración funcional es — según la hipótesis que sirve de base a este trabajo — no sólo una correlación de funciones y jerarquía de unos centros sobre otros, sino un estado dinámico de cada centro nervioso determinado por la influencia que sobre él ejerce todo el resto del sistema nervioso. Resulta que la integración en vez de ser la suma de las funciones es una condición primaria de ellas. Se trata, en otro aspecto, de un equilibrio energético y de intercambios de impulsos nerviosos de los centros entre sí.

No se puede afirmar que dicho estado dinámico sea semejante a la excitabilidad —lo cual implicaría que el grado de excitabilidad o tono funcional de unos centros es sostenido por todos los otros centros — pero es muy probable que la excitabilidad sea uno de los factores que constituyen dicho estado.

La integración funcional, comprendida en este sentido, es un factor indispensable del ataque epiléptico. Si ella se perturba por una lesión del tejido nervioso, desaparece la capacidad de dicho tejido de reaccionar epilépticamente, y no se recupera hasta que pase el efecto postraumático o diásquisis.

No es aplicable en este caso el concepto de diásquisis como inhibición funcional, puesto que el ataque epiléptico no es una función sino una reacción más primitiva; por este motivo consideramos a la diásquisis como una inhibición de la integración funcional, según el concepto antes expresado, y no de un conjunto de funciones.

La integración funcional exige un mínimum de tejido nervioso, especialmente un mínimum de materia nerviosa del tronco cerebral. Fisiológicamente se puede considerar a toda la región del tronco cerebral y a algunos núcleos basilares, como factores muy importantes de la integración y hasta sospechar que el llamado "dispositivo regulador de las funciones corticales" — del cual nos han ofrecido tan sugestivas hipótesis MARTIN REICHARDT, JEAN CAMUS, LADISLAS HASCOVERK, HÜPPERS y otros — no sea sino un aspecto de esta función integrativa. Con penetrante acierto, JEAN LHERMITTE (25), rechazando la estricta localización, prefiere ver en todo el tronco encefálico el órgano de la regulación de las funciones corticales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En mi examen de esta cuestión parto de un criterio más simple y más fisiológico. Ante todo, he de manifestar mi sospecha que el "dispositivo regulador de las funciones corticales" es, esencialmente, una función integrativa. He aquí las ideas que me sirven de apoyo: los centros nerviosos característicos del tronco encefálico son principalmente suprametaméricos o integrativos, a diferencia de los centros de la medula espinal e incluso de la corteza cerebral que son menos integrativos, por que gobiernan metámeras u órganos periféricos y tienen localizaciones mejor definidas. Así, por ejemplo, en el caso de los centros respiratorios, de la deglución, del automatismo de la marcha o del tono muscular se trata de perfectas integraciones funcionales. Funciones tan finas como la homeostasis y la termoregulación, y hasta las mismas tendencias instintivas, dependen del hipotálamo o partes cercanas. En todos estos aspectos se revela el carácter dominante de todo este estrato nervioso: regular centros nerviosos subordinados, gracias a un estado dinámico especial cuya anulación es la diásquisis.

La influencia integrativa de los centros del tronco encefálico no sólo se ejercería en sentido caudal, sino también apical, hacia el cerebro; de lo cual se infiere que la nombrada regulación de las funciones corticales es sólo un aspecto de esta capacidad integrativa, o acción dinámica a distancia, del tronco encefálico. La alteración de tal dispositivo regulador, "que puede ser comparado en función al nódulo sinoauricular", conduce según YAKOVLEV (26) a la disclución del equilibrio del medio interno, o d i á s p a s i s, y de otro lado a la disociación de la actividad cerebroespinal, o d i á s q u i s i s.

Pero, correlativamente a lo que acabamos de señalar, encontramos que el tronco cerebral es la región epileptógena más importante y el punto del neroeje más vulnerable al Cardiazol (6). Esta coincidencia es fundamental y por muchas razones muy valiosa para el estudio del mecanismo terapéutico del Cardiazol.

Aunque el ataque epiléptico depende mucho más de la cantidad de parénquima nervioso del tronco encefálico que de una localización estricta, es lo más significativo que el proceso se verifica en la región nerviosa que tiene seguramente más importancia en la integración funcional.

En síntesis, **la integración funcional es un estado de equilibrio energético indispensable para la reacción epiléptica del Cardiazol, y todas las causas que la alteran** (traumatismos o exéresis de tejido

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nervioso) **debilitan o inhiben dicha reacción.** La capacidad de reacción epiléptica del tejido nervioso es más cuantitativa que cualitativa.

RESUMEN

Se ha estudiado el efecto epiléptico producido por el Cardiazol en 50 perros descerebrados, con los siguientes resultados:

1. En los perros bulbares casi no se presentan crisis convulsivas.

2. En los perros protuberanciales y mesencefálicos el ataque es semejante al normal, con convulsiones tónico-clónicas y movimientos de natación, diferenciándose de él tan sólo por su intensidad.

3. A dosis subconvulsivas el Cardiazol aumenta los reflejos de rectificación, el pseudodoloroso, el flexor directo y extensor cruzado y estimula enérgicamente los movimientos de natación. A dosis convulsiva produce, además de las convulsiones, midriasis, micción, defecación, sialorrea y vómito; pero sólo la midriasis es constante. Después de las convulsiones se observa incremento de la rigidez descerebrada y depresión de los reflejos de rectificación.

4. La diásquisis debilita o inhibe la reacción convulsiva.

5. La intensidad de las convulsiones de los animales descerebrados está en relación directa con la masa residual de tejido nervioso. No existe un centro epileptógeno general ni se puede considerar a las convulsiones epilépticas como reacción especializada, sino como reacción de la totalidad del parénquima nervioso. La teoría de las localizaciones nerviosas es insuficiente para explicar el ataque epiléptico.

6. La reacción epiléptica depende del estado de integración funcional (según el concepto que en este trabajo se sigue de la integración). Hay coincidencia entre el punto de acción principal del Cardiazol y la región en que predominan las integraciones funcionales; se trata en ambos casos del tronco encefálico.

7. Se señala la posibilidad de que esta relación entre el ataque epiléptico y la integración funcional (incluyendo aquí el dispositivo regulador de las funciones corticales del tronco encefálico) pueda servir de base para comprender ciertos efectos terapéuticos del Cardiazol.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

BIBLIOGRAFIA

1. L. R. MÜLLER : **Lebensnerven und Lebenstriebe : Dritte wesentlich erweiterte auflage des vegetativen nervensystems,** Berlin, 1931.—2. FELIX FRISCH : **Das "vegetative system" der Epileptiker,** Berlin, 1928.— 3. A. SALMON : "Le role des noyaux diencephaliques dans le mécanisme des crises épileptiques, **Presse Médicale",** 1935, N° 21.— 4. MARINESCO, SAGER y KREINDLER: "Note préliminaire sur le comportement d'un chat auquel nous avons extirpé les hémisphéres cérébraux", **Revue Neurologique,** 1933, t. I, p. 1189.— 5. MARINESCO, SAGER y KREINDLER : "Recherches expérimentales sur l'epilepsie sous-corticale", **Revue Neurologique,** 1932, t. I, p. 1329.— 6. C. GUTIERREZ-NORIEGA : "Acerca del origen y mecanismo de las convulsiones producidas por Cardiazol en los gatos descerebrados", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 3.—7. L. HALPERN : "Uber frontale Epilepsie", **Wiener Klinische Wochenschrift,** 1935, N° 48.—8. C. GUTIERREZ-NORIEGA : "Efectos de la destrucción progresiva del tronco encefálico sobre la intensidad de las reacciones epiléptica y vascular del Cardiazol", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1939, N° 3.—9. C. GUTIERREZ-NORIEGA y H. ROTONDO : "Reacciones neurovegetativas en la epilepsia experimental", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1939, N° 2.—10. C. GUTIERREZ-NORIEGA : "Observaciones neurobiclógicas de la acción convulsivante del Cardiazol en los vertebrados inferiores", **Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas,** Lima, 1939.—11. C. GUTIERREZ-NORIEGA : "Fisiología comparada y mecanismo de las convulsiones producidas por el Cardiazol en las aves", **Actas de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas,** Lima, 1939.—12. C. GUTIERREZ-NORIEGA y H. ROTONDO : "Las convulsiones producidas por Coramina en los gatos descerebrados", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 4.—13. F H. PIKE : "The general phenomena of Spinal Shock", **American Journal of Physiology,** 1909, t. 24.—14. F. H. PIKE : "The effect of repeated injuries to the spinal cord during spinal shock", **American Journal of Physiology,** 1912, t. 30.— 15. WILH. TRENDELENBURG : "Der Einfluss der hoheren Hirnteile auf die Reflextatigkeit des Rückenmarks", **Pflüger's Archives,** 1910, t. 136. — 16. C. von MONAKOW y R. MOURGE : **Introduction biologique á l'etude de la neurologie et de la psychopathologie : Integration et**

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

désintegration de la fonation. Paris, 1928.— 17. C. S. SHERRINGTON : **The integrative action of the Nervous System,** New York, 1906.—18. C. GUTIERREZ-NORIEGA: "Mecanismo de las crisis epileptiformes producidas por Cardiazol en los sapos intactos y descerebrados", **Revista de Neuro-Psiquiatría,** 1938, N° 4.—19. C. GUTIERREZ-NORIEGA : "La epilepsia experimental en los invertebrados", **Revista de la Sociedad de Biología de Lima,** 1939, N° 1.—20. K. GOLDSTEIN : **Der Aufbau des organismus,** La Haya, 1934 (Cit. de Lashley).—21. K. S. LASHLEY : "Functional determinants of cerebral localization", **Archives of Neurology and Psychiatry,** 1937, t. 38, N° 2.—22. ANDRE REY : "La destruction progressive du cortex cérébral chez le rat et ses effects immédiats", **Archives de Psychologie,** 1938, N° 105.—23. K. S. LASHLEY : "Factors limiting recovery after central nervous lesions", **Journal of Nervous and Mental disease,** 1938, N° 6.—24. F. A. GIBBS, H. DAVIS & W. G. LENNOX : "The electroencephalogram in epilepsy and in conditions of impaired consciousness", **Archives of Neurology and Psychiatry,** 1935, t. 34. — 25. JEAN LHERMITTE : **Les mecanismes du cerveau,** Paris, 1937.— 26. PAUL I. YAKOVLEV : "Neurologic mechanism concerned in epileptic seizures", **Archives of Neurology and Psychiatry,** 1937, t. 37. N° 3.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SINDROME DE POLIOMIELITIS ANTERIOR AGUDA EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE CARRION

Por **MARIO MENDEZ** y **PABLO ANGLAS QUINTANA**

Hemos tenido oportunidad de observar un caso de poliomielitis anterior aguda, que presenta interés por haberse manifestado en el curso de la Enfermedad de Carrión y porque plantea problemas etiopatogénicos importantes en relación con las complicaciones nerviosas de la verruga peruana; en cuyo estudio, a pesar de las adquisiciones hechas en los últimos años, persisten aun numerosas incógnitas.

Se trata de una niña de 10 años de edad, natural de Lima, actualmente internada en el Hospital de Santo Toribio de Mogrovejo.

ENFERMEDAD ACTUAL. Refiere la madre, quien se expresa con toda precisión, que su hija tras un desarrollo físico completamente normal hasta la edad de un año, en que hacía sus primeros equilibrios de pie y daba ya algunos pasitos apoyada en algún objeto, cayó repentinamente enferma rodeada de las circunstancias siguientes : a los 8 meses de edad fué llevada al distrito de Ocros, provincia de Bolognesi en el departamento de Ancash y, como la distancia que separa a dicho lugar de la Capital requiere un viaje de dos días, pernoctaron en el distrito de Huanchay perteneciente a la misma provincia, zona intensamente verrucógena. Después de una permanencia de dos meses fué traída a Lima, durmiendo nuevamente en Huanchay al realizar el viaje de retorno. Transcurridos 4 meses en esta Capital, súbita y repentinamente tuvo ligera descomposición de cuerpo, malestar general y a continuación se instaló fiebre elevada de 39 a 40 grados, acompañada de algunos signos respiratorios. Esta hipertermia se mantuvo siempre elevada en forma continua aproximadamente durante un mes, en que remitió notablemente; al fin de este período febril la madre observó que los movimientos voluntarios en las manos y los pies no podían realizarse, el cuello se dobló sin poder sostener el peso de la cabeza; los trastornos motores comprometieron todo el cuerpo a excepción de la cara, cuya expresión conservaba su naturalidad. Al día siguiente le brotaron en todo el cuerpo unos granitos abundantes, según expresión de la madre, de tamaño variable desde el de una cabeza de alfiler al de una arveja; los reconoció inmediatamente como verrucosos. Los caracteres morfológicos que describe corresponden a un brote florido de verruga miliar, pues, estos granos sangraban

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

abundantemente al menor roce y sobre todo con los rascados. El período eruptivo duró tres meses, desapareciendo después de manera completa. En los meses que siguieron, la impotencia funcional persistió de manera acentuada, la familia se dió cuenta que se había producido un adelgazamiento marcado del cuello, de los miembros superiores e inferiores, mientras que los pies se fijaban progresivamente en la actitud que se observa actualmente. En los años siguientes no ha habido modificación importante del cuadro.

ANTECEDENTES. Nacida a los 8 meses, en parto fisiológico. No existen otros antecedentes de importancia.

EXAMEN CLINICO. (Practicado el 28.VIII.39, o sea 10 años después de la instalación del cuadro). **Motilidad activa.** Existe impotencia funcional casi absoluta en los cuatro miembros. El asiento de la parálisis es simétrico. En los miembros superiores, la motilidad del brazo es nula, en el antebrazo sólo puede ejecutar discretos movimientos de adducción y abducción. En la mano la flexión se encuentra conservada, pero los movimientos de extensión son muy discretos; la motilidad de los dedos es normal. En los miembros inferiores se aprecia ligeros movimientos de adducción y abducción, de extensión y flexión en el muslo y la pierna. Los pies están fijos en equino-varo. Puede mantenerse sentada por sí sola. La cabeza se mantiene erguida con mucha dificultad y sólo cuando se encuentra ligeramente inclinada hacia atrás; la menor desviación de esta posición provoca su caída hacia delante sin poderla entonces levantar. Ninguna posición extrema de la cabeza puede ser corregida activamente. Hay disminución de la fuerza segmentaria en los dedos y en la extensión de la mano; abolición completa en el territorio del resto de los músculos comprometidos. Puede apreciarse la disminución del tono muscular por la falta de resistencia a la movilización pasiva, a tal punto que se puede provocar baloteo acentuado de las manos. En el cuello la atrofia muscular es muy marcada y fácilmente constatable a la simple inspección. En los miembros superiores e inferiores el tejido adiposo que recubre los músculos hace menos evidente la trofia; los primeros son blandos a la palpación, mientras que en los segundos se constata, al contrario, una dureza especial en el espesor del cuadriceps femoral dando la impresión de que se encuentra relativamente poco disminuído de volumen. En el triceps crural se constata la misma dureza y la atrofia es más acentuada. **Motilidad pasiva.** En la extremidad cefálica y en el tronco no se aprecia ninguna anormalidad. En el miembro superior la extensión de la mano y la flexión del antebrazo son incompletas por retracciones tendinosas. En los demás segmentos no hay alteración. En los miembros inferiores la flexión de la pierna está ligeramente limitada, el pie fijo en la posición descrita anteriormente. El resto de los movimientos es normal.

Los reflejos ósteotendíneos se encuentran abolidos en los cuatro miembros, en cambio el cutáneo plantar es en flexión en ambos lados. La palabra es lenta y monótona. No existen trastornos de la sensibilidad, ni de los pares craneales. Las facultades mentales se encuentran conservadas.

En resumen, cuadriplejia flácida que se instala bruscamente al final del período febril de la Enfermedad de Carrión, con abolición

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de reflejos tendíneos y conservación de la sensibilidad y del resto de las facultades. Carácter estacionario de los trastornos.

El aspecto de los músculos, la simetría de los trastornos, la induración especial que se observa en ambos cuadriceps femorales y menos intensamente en los músculos posteriores de la pierna recuerda ciertas afecciones musculares, pero el modo de instalación y la evolución del proceso no corresponden a una miopatía.

Tampoco puede atribuirse el cuadro a la atrofia mielopática de tipo Werdnig Hoffman o amiotrofia espinal infantil. En esta enfermedad, como en el caso presente, el proceso se inicia a menudo en el primer año de la vida, las lesiones son simétricas, existe abolición de reflejos, etc., en este caso la afección es familiar, los trastornos se instalan paulatinamente, con debilidad de los miembros inferiores y sólo después de algunos meses comprometen el tronco y los miembros superiores.

No hacemos sino mencionar algunos procesos, cuyo diagnóstico diferencial con la poliomielitis anterior aguda es clásico discutir, como son las polineuritis, la mielitis aguda difusa, la neuritis hipertrófica progresiva de la infancia, la hematomielia localizada en los cuernos anteriores, etc., por no tener sino semejanzas muy remotas con el cuadro que presentamos.

La parálisis flácida, la abolición de los reflejos, la ausencia de disturbios sensitivos, hace pensar que los trastornos deben ser vinculados a una lesión de la neurona motora periférica. La persistencia y la invariabilidad de los disturbios impide que sean atribuídos a una lesión del cilindro-eje motor, por lo que es necesario relacionar los trastornos con lesiones de los cuernos anteriores de la medula, a pesar de la simetría de las lesiones. La instalación brusca de la parálisis consecutiva a un cuadro toxi-infeccioso agudo conduce a formular el diagnóstico de síndrome de poliomielitis anterior aguda.

Considerado el proceso en esta forma queda por discutir el agente etiológico.

Si bien en la mayoría de los casos este síndrome corresponde a la forma espinal de la enfermedad de Heine Medine, ya los autores clásicos habían podido demostrar que agentes muy variados, tóxicos o infecciosos, pueden determinar alteraciones de este tipo. Actualmente está bien comprobado que además del virus de la enfermedad de Heine Medine la poliomielitis puede reconocer otros agentes infecciosos. Así en la sífilis se ha descrito un cuadro agudo

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

clínicamente semejante a la parálisis infantil. Experimentalmente se ha podido determinar por el colibacilo, el estafilococo, el estreptococo, siendo en estos casos las lesiones siempre difusas. Lesiones más limitadas se ha obtenido con el bacilo de la septicemia de los cobayos y con las toxinas diftérica y pyociánica. Aun en la enfermedad de Heine Medine la poliomielitis debe considerarse como la localización en los cuernos anteriores de un proceso infeccioso general, sin que tal localización sea constante.

Los estudios anatomopatológicos muestran que en la enfermedad de Heine Medine las lesiones no realizan una mielitis sistematizada, sino una mielitis difusa, en la que las alteraciones predominan en las células de las astas anteriores, cuyo carácter anatomopatológico primordial es la infiltración del tejido nervioso y la adventicia de los vasos por elementos leucocitarios. Su ausencia, según Lhermitte, permitiría rechazar el diagnstico de enfermedad de Heine Medine.

Existe completa uniformidad entre los datos derivados de las observaciones anatomoclínicas y los del tipo de lesiones experimentales. Ambos muestran que las células de los cuernos anteriores pueden ser alteradas en una de las cuatro formas siguientes: a) por compresión, que perturba temporalmente su función, como consecuencia del aumento de volumen de los tejidos vecinos debido a la reacción inflamatoria; b) por anemia, derivada de la obstrucción de los pequeños vasos que procuran su irrigación, o bien por las pequeñas hemorragias producidas en los tejidos vecinos; c) por ataque directo del virus, que produce una lesión sin llegar a la destrucción; la célula lesionada recupera su función lentamente; y d) por ataque directo y mortal sufriendo entonces una desintegración completa.

Se plantea la cuestión de si la Bartonella ha podido jugar un rol en el caso que mencionamos; en relación a esto, el cuadro se ha instalado al fin del período febril de la verruga. Sin embargo ni los tipos clínicos ni las lesiones anatomopatológicas que se han señalado hasta ahora autorizan a pensar en la Bartonella como agente etiológico directo de la poliomielitis anterior aguda. Lastres ha señalado anteriormente otra observación de poliomielitis anterior aguda, que en nuestra opinión plantea los mismos problemas. Los casos publicados de complicaciones nerviosas de la verruga son aun poco numerosos y muchos de éstos no han podido ser seguidos del contros necrópsico. Monge y Mackehenie consideran en la bartone-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

llcsis, desde el punto de vista clínico, un primer grupo de casos en que hay predominio de la faz hemática, en donde la afección nerviosa aparece como una complicación y un segundo, en que la alteración neurológica hace casi toda la historia clínica de la enfermedad. Desde el punto de vista anatomopatológico, considerando la predilección del virus verrucoso por el mesénquima y el tipo de lesiones observadas, consideran el proceso nervioso como una mesodermosis neurotropa. Pero la importante cuestión planteada por los citados autores, de si la lesión es únicamente mesenquimal o compromete el tejido nervioso mismo, no ha sido aun dilucidada. Mackehenie y V. Alzamora describen en el sistema nervioso los diversos períodos de la verruga señalados en otros órganos. La sede es siempre vascular, siendo la primera lesión la tumefacción de los endotelios capilares o precapilares con desprendimiento de las células parasitadas y su caída en la luz vascular. A continuación se produce una trombosis oclusiva, es decir, una tromboangeitis obliterante que determina pequeños focos de degeneración y muerte de las células. En segundo término la evolución reaccional mesodérmica se termina en el botón verrucoso y, finalmente, la regresión o período final se caracteriza por fibrosis, leucocitosis, macrofagocitosis y necrosis, evacuándose el material patológica por las vías linfáticas. Macroscópicamente en los casos autopsiados se encuentran estos diferentes tipos de lesiones, pequeñas hemorragias diseminadas o más raramente foco hemorrágico extenso, granulomas y aun verdaderas verrugas angioblásticas.

Ninguno de estos procesos permite explicarnos la producción de lesiones limitadas a las astas anteriores en casi toda la longitud de la medula; sólo una alteración de origen tóxico o una lesión directa de los elementos nerviosos podría determinar tal distribución topográfica del proceso; sin embargo, ninguna de estas posibilidades ha podido ser demostrada en la verruga peruana. La anemia tampoco parece jugar un rol importante en la determinación de este tipo de lesiones, por lo que actualmente admitimos, como lo más probable, que el caso expuesto de poliomielitis anterior aguda sea debido a un proceso infeccioso asociado, es decir, una concomitancia de Bartonellas y virus de la enfermedad de Heine Medine. Sin embargo, debe retenerse el hecho de que las secuelas presentan un aspecto que no se observa habitualmente en esta última enfermedad y, por otra parte, teóricamente no es imposible que el síndrome de poliomielitis anterior aguda pueda ser determinado por el

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

agente verrucógeno, como en otras parasitosis en que las complicaciones nerviosas son, en la mayor parte de los casos, condicionados por lesiones vasculares.

BIBLIOGRAFIA

LASTRES J. B. : "Complicaciones nerviosas de la Verruga Peruana", **Revista Médica Peruana,** 1934, N° 63. — LASTRES : "Verruga peruana y poliomielitis anterior", **Revista Médica Peruana,** 1936, N° 96. — MACKEHENIE y ALZAMORA V. V. : "Las lesiones anatómicas del sistema nervioso en la Enfermedad de Carrión", **La Reforma Médica,** 1937, N° 307.— MONGE C. y MACKEHENIE D. : "Formas neurológicas de la verruga peruana", **Revista Médica Peruana,** 1932, N° 48. — WEIS P. : **Hacia un concepto de la verruga peruana.** 1 vol., Lima, 1927.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NOTICIA DE LIBROS

Atti della Lega Italiana di Igiene e Profilassi Mentale.— Un volumen en 4º, de 138 páginas, con 2 grabados.— Segretaria della Lega, Firenze, 1939. Precio : Lire 45.

El nuevo fascículo anual de las Actas de la Liga Italiana de Higiene y Profilaxis Mental contiene importantes trabajos y útil información. Los artículos originales son particularmente substanciosos : "La profilaxis mental en el ejército", por G. Felsani, será leído con positivo provecho por el médico castrense que desee conocer el desarrollo, la orientación y la organización de la asistencia y prevención psicohigiénica del ejército en la paz y en la guerra; "Posibilidad y organización de la acción neuro-psiquiátrica preventiva en la primera infancia", por P. Brusa, interesa a la cultura no sólo del psiquiatra, sino del pediatra, particularmente del que interviene en instituciones relacionadas con la sanidad pública; "Giuseppe Sergi", por D. Pisani, es un estudio de revaloración del ilustre antropólogo italiano, precursor de criterios que se imponen en la sociología, la psicología, la psicopatología y hasta la política de hoy. El volumen contiene además un índice bibliográfico de las publicaciones italianas de higiene mental (segunda serie); actas de las reuniones de la Liga y sus secciones, así como de la reunión europea, en Lugano (1939); análisis bibliográficos de la literatura correspondiente de Alemania, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Suiza y Turquía; noticias necrológicas.

H. D.

H. BARUK : **Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale.** —Un volumen en 8º, de 827 páginas, con 106 grabados.—Masson & Cie., Paris, 1938. Precio: 220 francos.

Esta importante obra, la más notable publicación de psiquiatría entre las que han visto la luz en Francia en los últimos años, representa a la vez que encomiable esfuerzo didáctico, la exposición de una serie de investigaciones personales seguidas con gran tenacidad y unidad de orientación, a través de quince años de labor. Se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

advierte en el conjunto de la obra un afán de renovación doctrinaria de importancia excepcional, al que lógicamente ha llegado el autor por la calidad de sus trabajos experimentales y por el análisis de las doctrinas reinantes. En sus numerosos páginas están magistralmente tratados los más arduos problemas de la psiquiatría moderna, en cuyo campo ignoto incursiona atrevidamente a la luz de profundos conocimientos y de experiencias sabiamente conducidas. La primera parte se desarrolla en cinco capítulos, el primero de los cuales se ocupa de la elección del método por seguir en las investigaciones psiquiátricas; el segundo se refiere a los desórdenes mentales en las afecciones cerebrales orgánicas conocidas: tumores, encefalitis, aracnoiditis, epilepsia; el tercero comprende, con amplitud sorprendente, el estudio de la catatonía cuya descripción clínica y exploración neurológica y fisiológica emprende con detalle, tocando puntos tan importantes como la determinación de las curvas electro-miográficas, la cronaxia muscular, las reacciones laberínticas, la eliminación de la creatina y creatinina, las pruebas terapéuticas, la descripción de los trastornos cardio-vasculares, respiratorios y digestivos, las perturbaciones del sueño, de los instintos, del metabolismo y las modificaciones del líquido céfalo-raquídeo. A continuación se ocupa de la asociación de la catatonía con la afasia y la epilepsia y de las particularidades de ese síndrome en el niño. Trata más adelante del componente psicológico de la catatonía, describiendo con acierto el estado mental del catatónico, cuya sorprendente memoria y gran emotividad son dignos de relievarse. Luego los disturbios mentales propiamente dichos: sentimiento de influencia ajena, negativismo impuesto, alucinaciones imperativas y delirios, destacando acertadamente el carácter dinámico y evolutivo de los síntomas. La anatomía patológica de la catatonía está estudiada en el capítulo siguiente en forma ordenada y minuciosa, con ilustraciones fotográficas muy nítidas y demostrativas; parte considerable de la materia que comprende este capítulo ha sido objeto de publicaciones anteriores, hechas conjuntamente con Claude y Lhermitte; el autor transcribe estas observaciones en forma más completa y detallada. Llegamos después al estudio experimental de la catatonía, punto de singular importancia, porque además de permitirnos entrever algunos de los mecanismos psicofisiológicos de este síndrome de apariencia tan misteriosa, tiende a demostrar la fecundidad de los resultados con el empleo de la experimentación animal en el estudio de los fenómenos psicopatológicos; refiere aquí sus experien-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cias de producción experimental de catatonía, con bulbocapnina y toxinas microbianas, de cada una de las cuales hace un análisis penetrante y obtiene valiosas deducciones, que sabe aplicar con tino y mesura en el estudio de la etiología de este síndrome, que aborda a continuación. El cuarto capítulo lo dedica, casi en su totalidad, al estudio de los trastornos psico-motores de apariencia voluntaria, entre los que constituye parte importante la histeria, cuyo escabroso estudio realiza con juicio sereno y gran apego al criterio objetivo y sistemático, como lo demuestra al detallar las comprobaciones psicofisiológicas en la histeria y en disturbios psico-motores de otra índole. También aquí la experimentación realizada en el hombre y en los animales pone una nota original y respalda la validez de las conclusiones.

La segunda parte de la obra está consagrada al estudio de los síntomas fundamentales y de los trastornos funcionales en las psicosis y neurosis. Los capítulos que la integran están desarrollados con amplitud y juicio crítico, dejando entrever, como los anteriores, la tendencia innovadora del autor y su capacidad de análisis, que lo llevan a buscar en el fondo de cada problema, los fundamentos fisiológicos de cada síntoma, aún en aquellos que parecen más exentos de organicidad. Esta parte comprende los temas siguientes: sueño y onirismo, sueño cataléptico, desórdenes del contenido del pensamiento, trastornos psico-sensoriales, trastornos psico-sensitivos y de la cenestesia, trastornos psico-viscerales y particularidades evolutivas de los desórdenes mentales.

La tercera parte se refiere a la terapéutica y asistencia psiquiátricas y abarca el estudio de las normas generales de terapéutica en psiquiatría, el tratamiento etiológico de las enfermedades mentales, la asistencia de los alienados y una vista de conjunto de las normas a seguir en la enseñanza de la psiquiatría.

La cuarta y última parte versa sobre la organización interior hospitalaria en psiquiatría, comprendiendo la organización material, la atmósfera moral, la organización médica y la clasificación y estadística de las enfermedades mentales, para cuyo estudio ha servido de ejemplo la Maison Nationale de Charenton, cuya historia y desenvolvimiento refiere detalladamente, para facilitar la obtención de deducciones de interés práctico.

Un índice alfabético de materias facilita la lectura de esta monografía que contiene además una vastísima bibliografía con 639 citas en que la numeración permite localizar con exactitud la fuente de información.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

RAUL GARFIAS VELASQUEZ : **Estudio radio-ventriculográfico en los síndromes hipertensivos endocraneales.—** Tesis de Bachiller. — Un volumen en 8º, de 127 páginas, con 59 grabados.— Imprenta "General Díaz", Santiago de Chile, 1938.

La Tesis de Garfias Velásquez representa un laudable esfuerzo por demostrar las ventajas que ofrecen los métodos modernos de radiografía indirecta de las cavidades encefálicas, en el diagnóstico etiológico y topográfico de los síndromes hipertensivos endocraneales. El desenvolvimiento rápido y vigoroso de la neuro-cirugía ha puesto de actualidad este asunto que el autor ha sabido tratar con minuciosidad y acierto. Sus conclusiones, que encierran conceptos importantes de gran aplicación práctica, se basan en la observación de quince casos clínicos, en cada uno de los cuales ha verificado los diversos procedimientos que estudia, con resultados verdaderamente alentadores. Complementan su trabajo numerosos grabados y una bibliografía abundante y escogida.

Jorge Lazarte A.

JEAN LHERMITTE : **L'Image de nôtre corps.—** Un volumen en 8º, de 254 páginas.— Editions de la Nouvelle Revue Critique, Paris, 1939.

Al comentar aquí mismo "Les mecanismes du cerveau" (Revista de Neuro-Psiquiatría, t. II, Nº 1, pág. 111) escribíamos "con nosotros el lector, al terminar el volumen sentirá que no tenga unas cuantas páginas más. Y pensará que se debe reprochar, al autor, el no habernos igualmente esclarecido otros problemas, como las agnosias, la apraxia, el dolor etc. Pero esperamos que serán estos y otros asuntos, materia de un nuevo libro".— Nuestro deseo ha sido prontamente satisfecho, pues tenemos este nuevo libro del Maestro Lhermitte, que aparece en la "Collection Connaissance de l'homme" (que dirige el Profesor Albert Brousseau) dedicado a uno de los asuntos de mayor interés actual y capaz de las más grandes proyecciones psicofisiológicas.

La imagen de nuestro cuerpo, la imagen de sí, el sentimiento complejo pero fuerte y siempre presente a la franja de la conciencia, de nuestra personalidad física, una de las piezas principales de nuestra estructura psicológica, ha sido hasta hace poco desdeñada. El más elemental ensayo de introspección muestra que tenemos siempre en la penumbra de la conciencia una imagen del yo corporal, de nuestro

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cuerpo carnal, que tenemos sin cesar en el fondo de nuestros recuerdos, representaciones y sensaciones aún las más elementales, el sentimiento de nuestra corporalidad, de nuestros miembros en acción o reposo — y sobre este fundamento psicofisiológico se basa toda nuestra actividad. Esta noción se ha edificado lentamente gracias a los trabajos de A. Pick, Henry Head, P. Schilder, Lhermitte, Van Bogaert, entre otros. Pero desde 1893, P. Bonnier con una penetrante intuición había establecido las relaciones de la cenestesia, el espacio y la personalidad llegando a lo que llamaba el sentido del espacio, "el esquema espacial" cuyas perturbaciones podían originar una serie de disturbios según que se tratara de "hyposchématie, hyperschématie, pareschématie o aschématie". Es cierto también que Foerster inspirándose en la enseñanza de Wernicke atribuía a perturbaciones de la "somatopsiquis" el miembro fantasma.

Después de la introducción histórica precedente, nos ofrece el autor, en las primeras 50 páginas un análisis penetrante del asunto estudiando sucesivamente : el desarrollo de la imagen corporal desde el nacimiento a la adolescencia, en que toca una serie de problemas de la personalidad, expone, además, el punto de vista psicoanalítico; luego, un análisis minucioso de la influencia de las sensaciones tactiles, de las sensaciones y representaciones visuales, de las sensaciones propioceptivas y de la importancia del aparato de la equilibración vestibular. Se encuentran así condensadas y expuestas una serie de investigaciones experimentales y trabajos del más grande interés neurológico que el autor presenta con el arte de concisión y condensación que le es peculiar y que hacen de su lectura un regalo. En seguida, recuerda que la imagen de sí se inscribe constantemente en nuestra conciencia, adaptándose a la infinita variedad de estados, que no es cosa estática y muerta sino de constante renovación y creación. Así se graba en nuestra conciencia, poniendo en juego una serie de mecanismos nerviosos que forman el dispositivo anatómico que le sirve de soporte. Hay, pues, un dispositivo nervioso en el que ciertos puntos sensibles y sobre todo una vasta zona cerebral son capaces, cuando lesionados, de dar lugar a perturbaciones de la somatognosia. "Cada uno de nosotros posee una imagen de su propia personalidad física, de su propio cuerpo; imagen compuesta, compleja, cuyos elementos provienen de los residuos de sensaciones y percepciones de orden sobre todo tactil, vestibular, quinestésico y visual. Por otra parte, no se puede negar que los engramas, que son la fase orgánica de las sensaciones, reconozcan una localización cerebral bastante precisa,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

puesto que ciertas lesiones cerebrales, muy limitadas, son capaces de suprimir una parte más o menos importante de la imagen de sí. ¿Debemos recordar que si un foco destructivo cerebral puede conducir a una amputación de nuestra imagen corporal, alteraciones cerebrales de otro orden pueden dar lugar a una emancipación de segmentos aislados de esta imagen, como atestiguan, de manera tan saltante, los miembros fantasmas en personas no amputadas? Queda en último lugar que en algunos casos, cuya excepcional rareza no disminuye su interés, la imagen corporal puede desvanecerse hasta el punto de no ser sentida en tanto que ligada al sujeto, a pesar de la conservación de las sensaciones y percepciones. Pero si los hechos mejor controlados nos aseguran la supresión posible de nuestra imagen corporal como también su fragmentación, sus distorsiones, su emancipación parcial tal cual aparece en los miembros fantasmas de los inválidos del cerebro, ¿no es de creer que esta misma imagen pueda emanciparse completamente o aún más, desdoblarse en una imagen similar que se presentaría entonces al sujeto como un doble de sí mismo?"

Las alteraciones lesionales, tóxicas o infecciosas del dispositivo anatómico que subtiende la imagen corporal producen, aquí como en otras funciones, perturbaciones de diversos tipos y originan así síndromes de gran interés neurológico, que se pueden reunir a pesar de su aparente diversidad. Estas alteraciones pueden perturbar la función, sea de una manera negativa, es decir, realizando un desconocimiento parcial o total de la imagen de sí; sea de manera positiva, produciendo la emancipación total o parcial de la imagen corporal. Entre las primeras, desconocimientos de la imagen de sí, cuando parcial aparece la anosognosia, cuando total, el síndrome de Cotard y sirve tal vez de substrato a muchos delirios de negación. Entre las perturbaciones positivas citamos el miembro fantasma, las alucinaciones autoscópicas o especulares cuyo análisis permite escudriñar profundamente en el campo de la psiquiatría.

Dedica el autor 75 páginas a un estudio exhaustivo del miembro fantasma, que es necesario leer y meditar en detalle. Comienza por la historia del sujeto, correspondiendo la primera descripción precisa a Ambroise Paré, y recuerda las observaciones penetrantes de Descartes, pero es en 1861 que aparece una memoria fundamental de Guenniot, luego el sujeto es observado por Weis-Mitchell, Charcot, Loblingeois. Recientemente es motivo de estudios sutiles de Leriche, Foerster, Riese y sobre todo de Menninger-Lerchental. De toda esa montaña de documentos nos da el maestro Lhermitte una versión clara y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

precisa que será difícil retocar, pues estudia sucesivamente : la clínica del miembro fantasma de los amputados, su frecuencia, el sentimiento de realidad del miembro fantasma, sus relaciones en el espacio, su configuración, densidad y temperatura, los componentes visuales del miembro ilusional, las influencias de la prótesis y ortopedia, los movimientos automáticos espontáneos, reflejos y voluntarios que pueden efectuar. Estudia en seguida cual es el origen de la ilusión de movimiento, la reviviscencia y extinción provocadas del miembro fantasma, los fenómenos dolorosos o de algo-alucinosis (Van Bogaert); las influencias que ejercen sobre las cualidades del miembro fantasma, los accidentes y afecciones que tocan al miembro real. Termina con el estudio del miembro fantasma en los no amputados, es decir en las lesiones de los plexos nerviosos y raíces raquídeas, en las lesiones de la medula espinal, en las lesiones del encéfalo. Después de esta descripción aborda el problema psicofisiológico que plantea el miembro fantasma, desechando la teoría puramente anatómica de las excitaciones periféricas como también la teoría puramente psicológica que ve en él únicamente la reviviscencia de recuerdos fuertemente cohesionados. Es necesario para comprenderlo bien, juntar todos los elementos que cooperan a su edificación, tanto los factores psicológicos como las condiciones orgánicas. El dispositivo orgánico que subtiende la imagen fantasma del miembro ausente debe considerarse como **un todo;** en él se integran tanto las estructuras a lo largo de las cuales caminan las excitaciones periféricas como los sistemas de los centros encéfalo-medulares donde se integran en último análisis los estímulos derivados del exterior como también de la intimidad de los tejidos. Solamente así se puede comprender cómo la imagen del miembro fantasma puede revestirse de un brillo más vivo, no solamente por excitación de otros aparatos sensitivo-sensoriales o aún por las modificaciones psicológicas creadas por la voluntad, las emociones, la atención. En último análisis, "la imagen de nuestro cuerpo aparece como mucho más resistente a su destrucción que nuestra morfología. El bisturí del cirujano, o un traumatismo pueden mutilar nuestro cuerpo, seccionar una parte de nuestro yo físico, esta amputación no toca, al menos al mismo tiempo, la estructura de nuestro espíritu, y es necesario largos años para ver al amputado, cuya razón y la realidad le demuestran la mutilación que ha sufrido, resignarse en la media luz del subconciente a la supresión irremediable de una parte de su ser físico cuya integridad tiende a ser mantenida por la totalidad de sus fuerzas."

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En cuarenta páginas ricas de hechos, estudia el autor, los desconocimientos de la imagen corporal. En primer lugar la anosognosia o síndrome de Anton-Babinski, es decir, el desconocimiento por un hemipléjico de su enfermedad y la dificultad de reconocer y utilizar una mitad de su cuerpo. Dos elementos caracterizan el síndrome : la anosodiaforia—la indiferencia del enfermo por su malestar— y la hemiasomatognosia, es decir el desconocimiento de la mitad del yo corporal. En detalle se estudian sus características clínicas, el fundamento anatómico de la anosognosia, la manera de comprender la hemiasomatognosia y la anosodiaforia desde el punto de vista psicofisiológico, el problema psicobiológico donde se discute ampliamente sus diversos aspectos. En segundo lugar trata la asomatognosia total, es decir el desvanecimiento total de la imagen corporal y toca así una serie de perturbaciones que se encuentran a menudo en clínica psiquiátrica, a veces en su forma más típica en el síndrome de Cotard, otras veces como base de ciertos delirios de negación, en fin como accidental, en varias formas de esquizofrenia. Examina en la misma línea las modificaciones de la imagen corporal en intoxicaciones (peyotl, mescalina, haschich) en que se observa perturbaciones curiosas, que se deben probablemente a la localización del tóxico sobre la parte sensible del dispositivo nervioso. Termina esta parte con una exposición extremadamente concisa de las relaciones entre la imagen corporal y la actividad motriz, en que se estudia la somatognosia y la apraxia, la influencia de los disturbios del pensamiento espacial sobre las funciones motrices y el problema siempre palpitante de la apraxia y la agnosia, de la apractognosia, de la apraxia constructiva.

Las últimas setenta páginas del libro que analizamos están dedicadas al estudio de los fenómenos a que da lugar la emancipación de la imagen corporal, es decir, a la serie de extraños disturbios psicosensoriales conocidos bajo el nombre de alucinaciones autoscópicas o especulares : un sujeto en estado de vigilia vé súbitamente aparecer ante sus ojos la imagen de sí mismo, se encuentra ante su doble, y el sentimiento de realidad que inmediatamente nace en él es tan fuerte que busca a tocar su doble, a hablarle. En algunos casos la imagen tiene todas las características de la que produce un espejo, de ahí que Feré propusiera el término de alucinaciones especulares o autoscópicas. Sollier las diferencia en externas e internas, estas últimas se refieren a visiones del interior de nuestro cuerpo, visiones tan claras y netas que a veces se puede contemplar hasta la textura de las vísceras más profundamente situadas, así como las realiza experimentalmente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la intoxicación con mescalina. Menninger-Lerchental propone el término "heautoscopia" como más exacto, puesto que significa "verse a sí mismo". Las alucinaciones autoscópicas han sido objeto de críticas y muchos autores son escépticos sobre su existencia real, sobre todo en lo que se refiere a las internas que son atribuídas, aún por un defensor de ellas como Sollier, a la histeria. Pero el hecho que estas se puedan observar experimentalmente por acción de drogas como la mescalina, nos prueba su autenticidad. En cuanto a los verdaderos fenómenos de heautoscopia, constituyen un conjunto de hechos extremadamente interesantes, que se pueden observar en ciertas condiciones de meditación, de concentración como nos lo han referido Goethe en "Dichtung und Wahrheit", Musset en su famoso poema "Nuit de Decembre" y más recientemente D'Annunzio en su célebre "Noturno", o aún en términos tan vívidos Maupassant en el "Horla". Pero más frecuentemente el capricho de las localizaciones lesionales puede dar lugar a la heautoscopia : sea las intoxicaciones, mescalina o morfina, (como hemos tenido ocasión de observarlo), afecciones diversas, gripe y encefalitis letárgica y, sobre todo, epilepsia. Así las observaciones tan comunes de onirismo y delirio de posesión en el curso de afecciones orgánicas, permite comprender mejor el posible mecanismo fisiopatológico de fenómenos tenidos como únicamente psicológicos tales como el sentimiento de despersonalización, de irrealidad, las ideas de influencia, de posesión y la estructura psicopatológica de la esquizofrenia. Tenemos así nuevas perspectivas en medicina mental, y se abre una vía plena de promesas en el esfuerzo de integrar la psiquiatría dentro de las corrientes científicas médicas.

El libro que acabamos de analizar marca una etapa del pensamiento neurobiológico. Contiene una serie de apreciaciones psicobiológicas profundas, heurísticas, cuyo desarrollo y verdaderos alcances no cesarán de crecer. Además trae la exposición de una serie de trabajos poco o mal conocidos que para muchos constituirán una revelación. Es una obra de alta calidad cuya lectura es indispensable para mantenerse al tanto de los nuevos horizontes.

J. O. T.

JAMES PURVES-STEWART : **Le diagnostic des maladies nerveuses.** Edition francaise adaptée et annotée par LEON LARUELLE. — Un volumen en 8°, de 838 páginas, con 386 grabados en negro y en colores en el texto y 3 láminas en colores fuera de texto.— G. Doin, Editor, Paris, 1939, Precio : 385 francos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El reputado neurólogo belga Profesor Leon Laruélle, se ha impuesto la tarea de proporcionar a los lectores franceses una edición corregida del libro de Sir Purves-Stewart, clásico en el medio sajón como lo atestigua el éxito de ocho ediciones sucesivas. Pero Laruélle no se ha limitado a darnos una simple traducción del inglés sino que ha enriquecido el libro, con el fruto de su vasta cultura, con documentos iconográficos inapreciables del Centro Neurológico de Bruselas. Así este libro tiene el interés de reunir a la vez la vasta orientación científica y técnica de la escuela inglesa con las tendencias de la escuela francesa, de allí que su lectura será utilísima no sólo por la excelencia de su texto sino por su eclecticismo.

El plan en que se inspira el autor consiste en tomar los síntomas o síndromes más saltantes y frecuentes, explicar su mecanismo por las nociones anatomofisiológicas reinantes, recomendar los métodos de investigación neurológica más sólidos y así llegar al diagnóstico diferencial. Señala, además, los recursos de laboratorio y medios técnicos que deben seguirse para atribuir la manifestación de alarma a una afección definida, a una lesión o a un disturbio fisiológico y sobre todo al factor etiológico determinante. En ese sentido, el autor hace un recorrido de la clínica neurológica. Previa una sobria pero completa y precisa introducción de anatomofisiología y de las buenas reglas de conducta del examen clínico se expone en los 23 capítulos siguientes los problemas clínicos semiológicos y diagnósticos que plantea : el delirio, el coma, las crisis o fenómenos convulsivos, los movimientos involuntarios, la afasia, los trastornos de la articulación verbal, la patología de los nervios craneales, el dolor y otras sensaciones subjetivas anormales, los disturbios objetivos de la sensibilidad, las parálisis de tipo de neurona central, las parálisis de tipo de neurona periférica, las paráĺisis recidivantes y las transitorias, la incordinación, actitudes y marchas, las trofoneurosis, los reflejos, los disturbios vegetativos, las psiconeurosis, los disturbios del sueño, los tumores cerebrales, el electro-diagnóstico y electro-pronóstico, el líquido céfalo-raquídeo.

Esta enumeración escueta de los diferentes capítulos no da sino una vaga idea de la estructura y substancia del libro, ricamente ilustrado, cuya lectura será igualmente provechosa para el especialista, para el médico práctico y sobre todo, por su claridad y concisión, para el estudiante.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GUILLERMO URIBE CUALLA : **Medicina Legal y Siquiatría Forense.** 2ª edición.— Un volumen en 8º, de 535 páginas.— Bogotá, 1939.

En nuestra América es rara la producción científica que demuestre un grado de información suficiente para no desorientar al lector acerca del efectivo estado de nuestros conocimientos y de nuestra ignorancia en la materia tratada; es excepcional la obra que incorpora conocimiento cabal, método riguroso y alguna originalidad. Por eso la crítica es siempre benévola y muy a menudo exageradamente generosa. Pero hay obras en cuya apreciación se incurriría en falta de probidad elemental si la indulgencia o la cortesía eclipsasen al juicio. Con pesar verificamos que el grueso libro del profesor Cualla no corresponde a ninguno de los dos tipos señalados al principio. Ciertamente, tiene algo bueno, pero mucho que no corresponde al grado actual de nuestro saber, tanto en medicina legal cuanto en psiquiatria. En principio, el libro debe constituir entidad respetable, y escribir uno es cosa seria, llena de responsabilidad. La medicina legal se presta un poco a opinar y construír con la imaginación; también la psiquiatría, sobre todo cuando no se conoce a fondo sus problemas, ofrece pretexto para discurrir con volubilidad. Pero lo menos que se puede exigir entonces es ingenio y cierta familiaridad con el panorama de las ideas generales que van más allá de la disciplina particular. Hacemos votos porque el profesor Uribe Cualla tome en la debida parte nuestras observaciones y que le sean útiles para perfeccionar las próximas ediciones de su libro.

H. D.

Varios autores : **Collected Papers, Harvard Medical School,** Vol. IX. —Un volumen en 8º, sin compaginación unitaria.—Boston, 1939.

Setentidós de los trabajos, publicados en diferentes revistas, por los miembros del Departamento de Enfermedades del Sistema Nervioso de la Universidad de Harvard, han sido recogidos gracias al cuidado de Henry R. Viets en este magnífico volumen de la serie bien conocida. Aún la simple enumeración del índice resultaría larga, bástenos decir que se encuentran reunidas aquí contribuciones a los diferentes aspectos de la neuro-psiquiatría, en sus problemas de actual interés.

J. O. T.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

REVISTA DE REVISTAS

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1939, t. 96, Nos. 2 y 5.

HORATIO M. POLLOCK : **"Mental disease in Peru"** (Las enfermedades mentales en el Perú).— El autor, a quien tuviéramos en Lima hace un año como delegado oficial de los Estados Unidos de Norte América a las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, se ocupa en este trabajo de la evolución y estado actual de la asistencia de las enfermedades mentales en nuestro país, así como de lo que en él se ha hecho en materia de higiene mental. Se ocupa de una manera especial del Hospital "Víctor Larco Herrera". En la visita que hiciera a este establecimiento se informó detenidamente de sus particularidades, que comenta con amabilidad. Observa con acierto que los pabellones constituyen en conjunto un grupo atrayente, pero revelador de que un espíritu de estricta economía presidió su construcción. Pone de relieve la sorprendente diferencia de la proporción de enfermos hospitalizados en el Perú y en el Estado de Nueva York : mientras que en el primero son 17 por cada cien mil habitantes, en el segundo llegan a 500. En lo que respecta a la marcha del establecimiento hay algunos datos halagadores pero no objetivos, como el relativo al examen físico trimestral y el psiquiátrico semestral de todos los enfermos, así como el que concierne al servicio social para la búsqueda de trabajo a los enfermos que salen. Aparte de embellecimientos involuntarios como éstos, P. hace una descripción bastante substanciosa y comprensiva, que merece nuestro reconocimiento.

H. D.

S. H. KRAINES y E. GELLHORN : **"The effects of insulin hypoglycemia on the blood pressure response to oxygen deficiency in man"** Los efectos de la hipoglicemia insulínica sobre la respuesta de la presión sanguínea a la deficiencia de oxígeno en el hombre). —Después de una serie de estudios, el segundo de los autores suscribe la teoría de la excitación simpática de la insulinoterapia. En general, los éxitos obtenidos en la esquizofrenia se basan en el estímulo del

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

simpático por diversos procedimientos. En el presente trabajo se demuestra que la presión sanguínea aumenta débilmente por una inhalación de 8.5% de 0 2 cuando la glicemia es normal, pero que hay un aumento mayor con la caída progresiva de la glicemia. El punto crítico bajo el cual la respuesta a la hipoglicemia es muy sensible, es de 50 mgr. %. La reacción es reversible y con excesivas dosis de insulina es menos pronunciada que con dosis moderadas.

C. G. N.

ANNALES D'OCULISTIQUE, 1939, N° 4.

RISER, COUADAU, PLANQUES et VALDIGUIE : **"L'ophtalmoscopie dans les maladies hypertensives"** (La oftalmoscopía en las enfermedades hipertensivas).— Los autores han estudiado con detenimiento las modificaciones del fondo de ojo en 140 sujetos hipertensos y con el apoyo de esta numerosa casuística emiten opiniones de alto valor científico respecto de la etio-patogenia de tales alteraciones; las conclusiones a que llegan en su trabajo tienen una importancia práctica indiscutible. En la hipertensión esencial el aumento de la presión arterial retiniana es un signo constante; la aparición de arteritis presagia complicaciones. En la nefro-angio-esclerosis maligna y en la glomérulo-nefritis con retinopatía se observa casi siempre edema papilar, exudados y hemorragias, además de signos de arteritis, flebitis e hipertensión arterial retiniana. En la hipertensión paroxística, saturnismo y surrenaloma hipertensivo hay espasmos arteriales retinianos, edema pápilo-macular y hemorragias profusas. En los diabéticos antiguos con hipertensión las lesiones tienen un aspecto particular: hay exudados y hemorragias considerables y se produce habitualmente una retinitis proliferativa de evolución lenta. Cuando la hipertensión arterial se acompaña de hipertensión craneana el edema papilar es constante, sea discreto o considerable. En todos los casos, para la interpretación correcta de estas alteraciones es indispensable el examen general del sujeto en estudio y de otro lado, el examen clínico requiere el complemento imprescindible de la oftalmoscopía.

Jorge Lazarte A.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1939, t. 2, N° 1.

W. STRYJENSKI et J. DRETLER : **"Recherches sur l'action du Cardiazol"** (Indagaciones sobre la acción del Cardiazol).— La dosis convulsivante mínima del Cardiazol varía por muchos factores : el estado de nutrición, el ayuno (que disminuye la dosis convulsivante mí-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nima), el estado atmosférico y la edad. Las investigaciones han sido efectuadas en conejos. Además de los factores indicados los autores reconocen la existencia de otras causas de variabilidad de naturaleza desconocida. En una segunda serie de observaciones se considera el problema del acostumbramiento, que es negado por algunos autores (Hildebrandt) y afirmado por otros (Stender). Los autores del presente trabajo sostienen este último criterio sobre la base de sus pesquisas en conejos. De nuestra parte debemos añadir que los dos puntos contemplados en este estudio tienen mucho interés clínico. Nosotros hemos comprobado en los epilépticos señaladas modificaciones de la dosis convulsivante mínima en relación, en algunos casos, con las modificaciones mentales del paciente, existiendo otras variaciones, que actualmente estudiamos, originadas por causas desconocidas. En los últimos meses se han publicado algunos trabajos sobre la variabilidad de la dosis convulsivante mínima en los epilépticos. Por lo que toca al problema del acostumbramiento al Cardiazol, nos parece que, por lo menos en lo que corresponde a los hechos clínicos, debe ser sometido a una estricta revisión. Nuestras observaciones en enfermos mentales tratados con Cardiazol no son muy favorables a la hipótesis del acostumbramiento, pues hay enfermos en los cuales no es necesario aumentar la dosis y otros en los cuales es posible hasta disminuirla.

C. G. N.

ARCHIV FUER PSYCHIATRIE UND NERVENKRANKHEITEN, 1939, t. 109, N° 3-4.

KONRAD ZUCKER : **"Die spastischvegetative und die vasomotorische Neurose"** (La neurosis espástico-vegetativa y la vasomotora).— En el discutido grupo de las neurosis vegetativas distingue Z. dos cuadros clínicos : el espástico-vegetativo y el vasomotor. Los síntomas del primero son : cefaleas, ubicadas principalmente en las órbitas, regiones temporales y occipital. Ellas oscilan desde las formas migrenosas intensas con fotofobia hasta la difusa y apenas desagradable presión que se advierte en el cráneo. El ritmo con que aparecen varía entre pocos días hasta cuatro o seis semanas, revistiendo tanto mayor intensidad cuanto más dilatadas sean las pausas al cabo de las cuales se presentan. Los pacientes suelen salvar la edad entre los 15 y 35 años libre de estas dolencias, para abrir luego una curva que declinará a medida que el paciente avance en edad llegando a extinguirse los dolores a los 60 ó 62 años, en los hombres y con la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

menopausia en las mujeres. Los mareos cortejan con frecuencia al síntoma aludido y a veces son sucedidos por nublamiento de vista llegando raramente a los vértigos. Dolores hemicraneales son dolencia frecuente. Aunque las mujeres pueden ser gordas un cierto grado de flacura caracteriza el cuadro. El paciente representa mayor edad de la que tiene. El surco naso-labial se presenta a edad muy temprana y singularmente pronunciado. La piel es delgada, rugosa, fácilmente deslizable por encima de los tejidos subyacentes y seborréica en la nariz, frente, mejillas y pecho. A menudo se ven ojeras profundas, nariz roma, globosa o aguileña ancha. Las arterias periféricas son fácilmente palpables; la diferencial de la presión arterial es extremadamente pequeña. Tiene valor diagnóstico diferencial la compresión de las venas yugulares, por cuanto en los espástico-vegetativos aleja las sensaciones molestosas de la cabeza y agudiza las mismas de las contusiones craneales, tumores, sinusitis, cefalalgias tóxicas, etc. Se ve la dermografía directa después de 12 a 30 segundos de latencia y dura de 12 a 14 minutos, presentando un ancho de 3 cm. Alternancia de constipación y diarreas, como de hiper e hipoacidez son frecuentes. Psíquicamente son cuidadosos, escépticos, poco amables, y rara vez optimistas, alegres o emprendedores. Tienen más aspecto de preocupados que de dolientes, seguramente porque sus males los acosan a porfía; las personas del medio ambiente no llegan a percibirlos ni comprenderlos, lo que repercute desoladoramente en el enfermo. En cambio éste tolera las dolencias de otras enfermedades, como cualquier persona normal. La terapéutica sugestiva les ayuda sólo durante corto tiempo y son sujetos inadecuados para el psicoanálisis.— De neurosis vasomotoras sufren más las mujeres que los hombres. El cuadro está caracterizado por manos y pies fríos, brusca formación de eritemas en el pecho —a veces acompañados de palpitaciones—, hasta los pequeños movimientos provocan la secreción de sudores profusos, somnolencia, ardores en la región de los maxilares superiores, pesadez en los miembros y en la cabeza, zumbido de oídos, nublamiento de la vista, síncopes, parestesias, que se corrigen con el abrigo, adormecimientos de los miembros, constipación y diarreas. Los vasoneuróticos son gente de color rubio claro y provista generalmente de abundante tejido celular subcutáneo; ellos tienen la piel suave y aterciopelada, el dorso de las manos redondo, acolchado; las falanges y falanginas del 2º al 5º dedos mullidas, y las venas superficiales apenas si se dejan ver. Las heridas cicatrizan con extraordinaria prontitud. Cianosis en las partes dorsales de los miembros y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

al presionarlas con los dedos quedan huellas anémicas que duran hasta 6 segundos; dolores cordiales, neuralgias intercostales, considerables variaciones en la presión arterial a la vuelta de pocos minutos e hipotonía muscular en todos los miembros. Estos pacientes pueden tener antecedentes de ataques que no se sabe deslindar si han sido epilépticos o debido a espasmos arteriales. La extensión de la articulación falángico-falangina alcanza mayor grado que en los normales. A veces se encuentra estroma tiroideo de dimensiones moderadas y consistencia dura. La psiquis de los vasomotores ofrece propensión a reacciones histéricas. Ellos son sugestionables y con afectividad lábil más o menos frenada por la conciencia. Su personalidad es asténica y tímida y cuando se trata de microorquideos es indecisa. Presentan también inclinación a las fiebres altas y a las reacciones endógenas, como las entiende Bonhoefer. Terapéutica: para los ataques migrenosos en la forma espástica vegetativa se administra un preparado proteínico : Novoprotin en la vena cada 4 ó 5 días comenzando por 0.1 cc. y luego 0.2, 0.3, 0.4, 0.6, agregando cada vez a razón de 0.2 cc. hasta llegar a 1.2 o excepcionalmente a 1.6. Es conocido entre nosotrros el aolán que se administra intramuscular cada 4 ó 5 días comenzando por 2.5 cc. y agregando al principio 1.5 ó 2.0 y más tarde 2.0 a 3.0 cc. hasta llegar a la dosis final de 14 o 16 cc. La terapéutica del trabajo incorpora al neurótico en la sociedad paulatinamente y omitimos acá las minuciosidades de su procedimiento. Desaparecen las molestias al corazón de los vasomotores en cuanto se les administra 30 gotas de tintura de quinina. En los mismos pacientes responden favorablemente las parestesias al aolán intragluteal comenzando por 2.0 cc. y progresando aritméticamente a razón de 1.5 o 2.0 en cada nueva aplicación hasta llegar a la dosis final de 12, 14 o 16 cc. Además de los descritos hay una variada gama de cuadros mixtos y atípicos. Se ve también que el cuadro vasomotor de la juventud va cediendo sus manifestaciones al espástico hasta que éste se enseñoree por completo del paciente. De allí, como de la herencia, se deduce el parentesco de ambas formas nosológicas como miembros de una alteración que se opera en el fondo, la cual se suele exteriorizar en dos fases: una labil en la juventud (y con predilección por el sexo débil) representada por la neurosis vasomotora y una estable esquematizada por el cuadro de la neurosis espástica, el cual pertenece a la edad madura. Entonces sería permitido decir que hay relación entre la edad o envejecimiento y las funciones vasomotoras en que viene a emplazarse el proceso patológico. Está fuera de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

toda duda que existe un substrato anatómico de las neurosis y no puede pensarse que sus causas residan en los órganos periféricos. Por eso piensa el A. que se debe buscar en sus centros nerviosos correspondientes (periventriculares o diencefálicos) que pueden haber sido lesionados durante la vida intrauterina o en la niñez merced a una especial susceptibilidad a la acción de los traumas u otros agentes. Z. reune ambos cuadros comprendiéndolos como "neurosis vegetativa" acudiendo a los nuevos puntos de vista que se han expuesto. Basado en esto pretende reducir, todas las formas de la personalidad psicopática, a neurosis vegetativas, con la esperanza de que el perfeccionamiento del examen somático llegará a hacer tanto como innecesaria la psicopatología de las psicopatías.

L. A. Guerra.

ARCHIVES INTERNATIONALES DE PHARMACODYNAMIE ET DE THERAPIE, 1939, t. 62, Nº 1.

ERNST GELLHORN y CHESTER DARROW : **"The action of metrazol on the autonomic nervous system"** (La acción del metrazol sobre el sistema nervioso autónomo).— El metrazol (Cardiazol) produce hipotensión inicial y midriasis. Con las convulsiones se presenta miosis, o abolición de la midriasis inicial en la pupila simpatectomizada, gran dilatación en la pupila normal, contracción de la membrana nictitante, sin contracción de la membrana nictitante denervada, respuesta galvánica de la planta del pie y desaparición de la hipotensión o bien hipertensión arterial. La contracción de la pupila simpatectomizada indica la excitación del parasimpático. La gran dilatación de la pupila normal, la contracción de la membrana nictitante normal y las reacciones galvánicas de la planta del pie indican la excitación del sistema simpático. Con esto se demuestra que así el simpático como el parasimpático son excitados en el momento del ataque, lo cual también ha sido demostrado, aunque por un método completamente diferente, en un trabajo publicado en esta revista (Revista de Neuro-Psiquiatría, 1939 Nº 2). También demuestran los autores que en los animales curarizados hay incremento de la excitabilidad del simpático al Cardiazol. La descerebración y la adrenalectomia no modifican las acciones neurovegetativas del Cardiazol. La remoción de los nervios "bubffer" reduce los efectos convulsivos e hipertensivos, determinados por el Cardiazol.

C. G. N.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ARCHIVIO ITALIANO PER LE MALATTIE NERVOSE E MENTALI, 1939, N° 2.

BEPPINO DISERTORI : **"Sulla biologia dell'isterismo. Sdoppiamento psicogeno della personalitá, automatismo psicologico e lesioni diencefaliche"** (Sobre la biología del histerismo. Desdoblamiento de la personalidad, automatismo psicológico y lesión diencefálica).—Refiere el autor la historia de un paciente con un síndrome neurológico (piramidal y extrapiramidal) y neurovegetativo encefalítico, que presenta episodios letárgico-catalépticos y sonambúlicos, con evidentes fenómenos de automatismo psicológico y desdoblamiento de la memoria, de la conciencia y de la personalidad. Tales episodios son típicamente histéricos. Habría relación entre esta sintomatología histérica, con síntomas acinéticos-hipertónicos y neurovegetativos, y probables lesiones diencefalo-mesencefálicas; en otro aspecto, entre encefalitis e histeria. De aquí se formula la hipótesis de una relación entre los fenómenos de disociación mental psicógenos — como los que se verifican en el sonambulismo espontáneo y en la hipnosis — y la hiperexcitabilidad patológica de las formaciones grises subcorticales, preferentemente diencefálicas. Sería esta hiperexcitabilidad el substrato biológico de la mentalidad histérica, caracterizada en el caso de este trabajo, por hiperemotividad, por sugestibilidad patológica y por una gran tendencia a fijar reflejos condicionados inhibitorios. El problema conduce, consecuentemente, a tratar de la significación e importancia del diencéfalo en el determinismo y en los disturbios de la conciencia y de la personalidad. No se ofrece una comprobación anatomo-patológica de las lesiones basilares, pero el autor las considera incuestionables, basándose en los antecedentes de una encefalitis aguda y en la sintomatología del paciente. En el capítulo II la historia clínica es referida con abundante documentación. En el III se desarrolla la crítica de la fenomenología neurológica y vegetativa. En el capítulo IV se considera la sintomatología mental, con amplia documentación sobre el sonambulismo y la disociación mental histérica. Lo fundamental en la sintomatología del enfermo es un estado sonambúlico típicamente histérico con desdoblamiento de la conciencia y de la personalidad, con crisis de catalepsia. En el capítulo V el autor examina el factor etiopatogénico subcortical y la teoría biológica del histerismo; la idea fundamental del autor es la siguiente: "La histeria, y particularmente los grandes síndromes de disociación mental psicógena estarían ligados a una condición congénita o adquirida de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

hiperexcitabilidad mórbida de las formaciones hipotalámicas inhibitorias de la corteza cerebral, las que serían puestas en acción por estimulaciones emotivo-sugestivas y por estímulos condicionados. Lo interesante es, además, que en el caso considerado el impulso inhibitorio del diencéfalo se distribuye en la corteza cerebral con una electividad complicadísima, originando así la caprichosa sintomatología, que implica la inhibición de ciertos grupos de neuronas y la hiperactividad de otras. En lo relativo a las relaciones de estas hipótesis con la doctrina de la localización, el autor invoca las concepciones de Monakow y Goldstein, de no identificar la localización funcional responsable del disturbio de la función, con el síntoma patológico, con la localización de la función; y considera sus ideas sobre el origen de la histeria como eminentemente vitalistas y antimecanicistas. El autor señala, finalmente, la concordancia de su hipótesis con aquella del "dispositivo subcortical regulador de la función cortical", el que se relaciona, a su vez, con los centros de las funciones hípnica y onírica.

C. G. N.

ARCHIVIO DI PSICOLOGIA NEUROLOGIA PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA, 1939, Nº 1-2.

AGOSTINO GEMELLI : **"A modo d'introduzione : La psicologia al centro dell'interesse delle scienze che studiano l'uomo"** (A modo de introducción : La psicologia en el centro del interés de las ciencias que estudian al hombre).— La nueva revista es sucesora del **Archivio di neurologia, psichiatria e psicoanalisi** y se inicia magníficamente bajo la dirección del Prof. Fray Agostino Gemelli, quien se ocupa en el artículo inaugural del programa de la publicación, renovada bajo los auspicios del Consejo Nacional de Investigación. La unión de las diversas disciplinas que indica el título de la revista tiene por objeto promover la investigación de lo que ellas tienen de común y de límite, de acuerdo con el desarrollo de las ciencias del hombre. No se trata de una aproximación con tendencia materialista ni positivista — hoy insostenibles no sin haber tenido cierta eficacia — sino inspirada en una tradición metodológica que se remonta hasta **De anima,** de Aristóteles, eclipsada largo tiempo por la influencia de Descartes y sus seguidores. Uno es el hombre que vive, que siente y que piensa : menester es estudiarlo en su totalidad.

MARIO PONZO : **"L'Istituto di psicologia della R. Universitá di Roma nella nuova sede ed i suoi compiti"** (El Instituto de Psicología de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

la Real Universidad de Roma en el nuevo local y sus tareas).— El Instituto de Psicología fundado y promovido durante treinta años por Sante De Sanctis, pasa al nuevo local de la Ciudad Universitaria de Roma el 31.XII.35. Se trata de una magnífica instalación en dos pisos, entre el instituto de fisiología y el de antropología, concebida y realizada para la enseñanza y la investigación científica, con los mejores dispositivos modernos. El instituto sirve para la enseñanza de los estudiantes de las facultades más diversas, para los pedagogos, dirigentes de hacienda, oficiales de las fuerzas armadas etc. Se desarrolla cada vez más su actividad en el campo de la psicología del trabajo en todos sus aspectos e infinidad de diferenciaciones de la psicotecnia industrial y vinculada a la medicina preventiva. La investigación está condicionada según un criterio diferente al de las divisiones seguidas en institutos semejantes. "En toda investigación psicológica el estudioso debe sentir profundamente y tener siempre presente la unidad individual de la persona que vive, que piensa, que obra. La acción humana constituye para mí la expresión funcional de esta unidad, que puede ser considerada por el psicólogo en sus fases y en sus aspectos infinitamente varios y aprehendida así en sus direcciones y en los principios que la presiden". Todas las ramas de la psicología aplicada deben mantenerse en contacto con la psicología general, única, la que a su vez, según la concepción de P., tiene en potencia la aplicabilidad a la solución de los problemas de la vida cultural y social. "La psicología experimental representa efectivamente hoy sólo un sector de los muchos de la psicología estudiada científicamente". Los psicólogos italianos no se confinan ya dentro de los muros de su laboratorio sino que buscan en todas las formas de la vida la eficacia de los puntos de vista de su disciplina. Preocupan principalmente a P., jefe del Instituto, los problemas de la orientación escolar y profesional, concebidos con amplitud y altura en servicio de los ideales de grandeza italiana, que apelan a los valores de la mente y el espíritu.

H. D.

ARQUIVOS DO SERVICO DE ASSISTENCIA A PSICOPATAS DO ESTADO DE SAO PAULO, 1938, Nº 1-2.

PAULO PINTO PUPO : **"Neoplasma intracraniano e neurosifilis. Diagnostico diferencial"** (Neoplasia intracraneana y neurosífilis. Diagnóstico diferencial).— En una neuroluética portadora de un neurinoma del acústico los síntomas propios de estas afecciones se combinan caprichosamente planteando un problema clínico extremadamente

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

complejo. Se trata de una señora de 44 años, cuya enfermedad comienza 10 años antes con cefalea, sordera derecha, disturbios en la deambulación, vértigos, vómitos incoercibles, lesión del facial derecho y otras perturbaciones menores que motivan su internamiento en el Hospital de Juquerí, donde presenta síntomas mentales y se hace evidente ceguera derecha por atrofia óptica simple. En el líquido céfalo-raquídeo hay alteraciones propias de la parálisis general progresiva y otras modificaciones atípicas entre las que son constantes xantocromia y disociación albúmino-citológica; la Wassermann en la sangre es fuertemente positiva y en los antecedentes hay indicios de infección luética. Después de paciente estudio del caso el A. diagnostica "tumor del acústico y neurolúes", encontrando serias dificultades para establecer el diagnóstico diferencial entre el tumor del VIII y la meningitis gomosa del ángulo pontocerebeloso. Se inclina por el tumor basado en la lenta evolución del caso, el comienzo por perturbaciones auditivas y vestibulares, la disociación albúmino-citológica del L. C. R. y la frecuencia notable de los neurinomas del acústico entre los tumores de la fosa posterior, en contraposición con el goma que es excepcional en esa región. Dos años después de sentado este diagnóstico clínico la radiografía por el lipiodol lo confirma plenamente y en la necropsia se encuentra neurinoma del acústico comprimiendo y desviando el tronco cerebral y el cerebelo hacia la izquierda, al lado de lesiones metaluéticas del encéfalo. En la revisión sintética que hace de los principales síntomas de la sífilis nerviosa y de los que caracterizan a las neoplasias intracraneanas hace hincapié en la importancia de los datos obtenidos por el examen del L.C.R., especialmente la positividad de la reacción de Wassermann, sin perder de vista que puede ser positiva en ausencia de lúes, la forma de comienzo y evolución de la enfermedad, los signos de hipertensión intracraneana, las pruebas vestibulares en relación con los tumores de la fosa posterior y finalmente, la noción de la rareza extrema de los gomas en esa región, que es argumento de valor en favor de los tumores. Acompaña fotografías muy ilustrativas.

Jorge Lazarte A.

BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1939, t. 1, Nº 24.

EMILIO MIRA : **"Psychiatric experience in the spanish war"** (Experiencia psiquiátrica en la guerra española).— Se estudia en este trabajo una serie de importantes observaciones psicológicas y psicopatológicas recogidas durante la última guerra española. En primer lugar se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

analiza los efectos del bombardeo y del hambre : la importancia etiopatogénica del primer factor es relativamente secundaria, observándose incluso muchas veces que el instinto de curiosidad prevalece sobre el temor, mucho más decisivo es, en muchos aspectos, el segundo factor, que llega a constituir la preocupación principal de la población en guerra y determinando avitaminosis (en Madrid solamente se confirmaron 35,000 casos de pelagra). En la siguiente sección se examina la frecuencia de las enfermedades mentales : no hubo incremento en la proporción de psicosis en relación a la frecuencia del tiempo de paz. Los casos de neurosis de los soldados del frente fueron relativamente eescasos, lo cual se debería a la selección previa de los combatientes. Los sujetos de disposición neurótica sólo fueron utilizados en servicios secundarios. Se registraron algunos casos de ansiedad, y sobre todo de ansiedad de tipo maligno (psicorrexis), cuya sintomatología se expone. Fueron tratados — sin resultado favorable — con electralgol y abscesos de fijación; pero se registraron algunos éxitos con inyecciones endovenosos de soluciones hipertónicas de SO_4Mg, más cilotropina y lobelina. Las condiciones que favorecen esta forma de psicosis son : labilidad del simpático, bruscos traumas en condiciones de agotamiento físico, y retardo del tratamiento. La mayoría de estos estados de ansiedad presentaron signos de hipocalcemia. Se observaron también casos semicrónicos de ansiedad, algunos de naturaleza histérica; la sintomatología y tratamiento de estos enfermos son cuidadosamente examinados. En general se hizo más empleo de la farmacoterapia que de la psicoterapia, a excepción de la laborterapia. Como regla fundamental se optó por hacer el tratamiento lo más córto posible, enviando precozmente a los soldados que habían enfermado mentalmente a sus puestos militares. Al final, el autor detalla las medidas preventivas que fueron verificadas para evitar las psicosis de guerra, consistentes principalmente en la ilustración de los soldados acerca de las reacciones nerviosas más frecuentes.

C. G. N.

FORSCHUNGEN UND FORTSCHRITTE, 1939, Nº 28.

HANS LIPPS : **"Die Wirklichkeit bei den Naturvoelkern"** (La realidad en los pueblos primitivos).— Se cree poder descubrir una medida de la "primitividad" de los pueblos de escasa cultura con la verificación de la manera como conciben la realidad. La tarea de determinar etapas de desarrollo fracasa por los métodos racional-científicos que se aplican. Se cree que las palabras y los conceptos del salvaje c

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

del bárbaro tienen un carácter no diferenciado, difuso; pero estos términos equívocos no ubican debidamente el objeto de estudio. Un concepto es un esquema y por tanto un producto de la imaginación. L. examina, como ejemplos, la creencia en los demonios, el tabú, el encantamiento y el uso de máscaras. El hombre se abre aquí a una realidad que se anuncia pero que no se muestra. Y el hecho de tomar la imagen por la cosa y dar igual peso al ensueño que a la realidad, no se debe a falta de capacidad crítica para establecer diferencias, sino a una desrealización de las manifestaciones exteriores en la medida que éstas son tomadas simplemente como "apariencia" en la cual algo se anuncia o revela.

H. D.

FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE PSYCHIATRIE UND IHRER GRENZGEBIETE, 1939, Nos. 8, 9, 10 y 11.

M. MUELLER : **"Die Insulin- und Cardiazolbehandlung in der Psychiatrie"** (El tratamiento con insulina y Cardiazol en psiquiatría). — M. se propone, más que una revisión completa de la inmensa literatura acerca del tema, un examen de lo que muestran los resultados y un planteamiento de los nuevos problemas. En materia de insulinoterapia es conveniente la observancia de la fase inicial, comenzando por dosis pequeñas (Lippien y Peters han tenido un caso de muerte con 20 unidades), y de la de polarización, que por lo menos permite verificar el grado de remisión o mejoría. M. preconiza en la fase inicial el aumento de 4 a 8 unidades por día, según el estado de nutrición del enfermo, hasta llegar a 50 ó 60 y de 10 a 16 por encima de esa dosis. Con esto se reducen al mínimum los riesgos. Respecto de la resistencia y la labilidad frente a la insulina, parece que tiene importancia la constelación endocrina, en especial el sistema hipofisiario y la tiroides. El zig-zag de v. Braunmühl en forma de quiebras bruscas es útil, no tanto para vencer la insulinorresistencia, cuanto para reducir las dosis de insulina. Para la sensibilidad exagerada se aconseja la inyección de vitamina B1 simultáneamente con la insulina, así como preparaciones de corteza suprarrenal. La duración de la cura en los casos que no remiten debe prolongarse hasta tres meses, ya que se observa casos que curan sólo con 90 días de tratamiento. Todavía se discute la significación de los ataques epileptiformes. Parece que en la mayoría de los casos tienen poca o ninguna entidad para la curación, pero en algunos pocos constituyen un impulso eficaz para el buen resultado. Sólo son peligrosos los ataques tardíos, que deben

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

evitarse sistemáticamente. El principal peligro en la cura con insulina son los comas involuntariamente prolongados, para los cuales no hay tratamiento seguro. Lo mejor parece la administración de oxígeno y la inyección de grandes cantidades de suero fisiológico y su aplicación gota a gota; también puede emplearse las vitaminas B1 y B2. En cambio se tiende a eliminar la inyección de calcio, la sangría y la punción raquídea. El dosaje de glucosa en la sangre es necesario para graduar la administración de suero glucosado. La mortalidad es de 16 en mil casos en Alemania, 13 en 1039 en los hospitales civiles del Estado de Nueva York. M. no menciona datos de Suiza posteriores a 1937. La psicopatología y el proceso de la curación son objeto de innumerables teorías que a lo sumo aciertan con factores parciales. Lo positivo es que todos los pacientes que sanan expresan un nuevo sentimiento de la vida, una liberación íntima, una vitalización, cuya causa primera es una transformación corporal. M. divide en tres fases la psicoterapia en el curso de la remisión : la primera, de abstención absoluta, está orientada por la timidez y la débil defensa del paciente respecto a todo comentario acerca de sus procesos internos — dura generalmente pocos días; la segunda, de comercio activo entre paciente y médico, con gobierno adecuado de la transferencia y explicación del origen somático de la psicosis, es condicionada por la necesidad de exteriorización y confesión de la experiencia vivida y el deseo de explicarse el proceso mórbido — dura una, dos o más semanas; la tercera, de acomodo a la situación actual y de preparación para el futuro, justificada por el apremio del paciente para comunicar el modo como ha digerido la experiencia de la enfermedad. La segunda fase puede ser decisiva para el éxito o fracaso del tratamiento. La cuestión de la eficacia de la insulinoterapia es manifiesta en el 66,6% de los casos tratados, sin considerar la duración de la psicosis. De modo que puede decirse que las remisiones (en sentido amplio) son dos veces más frecuentes con tratamiento que sin él. En 4254 esquizofrénicos no tratados, de la Clínica de Hamburgo (correspondientes a los años de 1910 a 1930), Neumann y Finkenbrink verifican la remisión en el 32,9%. Según los psiquiatras norteamericanos la remisión provocada por la insulinoterapia sería todavía mayor que la verificada por los alemanes y los suizos; estaría en la proporción de 3 a 1 respecto de los no tratados. Los casos de menos de 6 meses mejoran o sanan en la proporción de 85%, mientras que eso ocurre sólo en el 27,7% de los no tratados. El pronóstico terapéutico es bueno hasta para las psicosis de un año; la hebefrenia es la forma que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tiene peor pronóstico terapéutico. Aparte de la esquizofrenia y la toxicomanía, Staehelin propugna la insulinoterapia para los psicópatas esquizoides y para los neurósicos. El tratamiento con Cardiazol se ha generalizado más por la mayor facilidad de su técnica. Las complicaciones y peligros se limitan, según von Meduna y Friedmann, al 1,1% de los casos, en más de tres mil tratados. A pesar de los casos de fractura ósea, en verdad raros, Carl Schneider considera que las posibilidades de éxito sobrepujan ampliamente las de peligro. Lo que se impone es una anamnesia y un examen muy cuidadosos del paciente antes de comenzar la cura. A pesar del aumento de observaciones de accidentes en el curso del tratamiento, la mortalidad es muy pequeña : 0,3% en más de tres mil casos de von Meduna y 0,5% en 1140 casos de Nueva York. La contraindicación del tratamiento, según von Meduna y Friedmann, es absoluta en las enfermedades cardiovasculares orgánicas, arterioesclerósicas, hipertónicas o inflamatorias, en las enfermedades febriles agudas, en el embarazo, en la tuberculosis activa, en las perturbaciones del cuadro hemático y de la orina; es relativa en el bocio exoftálmico, en lesiones intracraneales graves (aunque sean antiguas), en la sífilis seropositiva, en la tuberculosis latente, en los sujetos que permanecen un año en cama antes del tratamiento. El Azoman no ofrece grandes ventajas sobre el Cardiazol y tiene algunos inconvenientes. La experiencia parece indicar que su aplicación habrá de limitarse a casos especiales. La acetilcolina, las sales de amonio, el Neoespiran, el método de la "anoxia", el electroshock etc., son procedimientos que todavía no han mostrado ventaja e inocuidad. El éxito de la Cardiazolterapia, según von Meduna y Friedmann, es de 58,2% en el conjunto de casos agudos, subagudos y crónicos. Küppers verifica en Alemania la remisión completa en el 53% y mejoría en 25% de los casos de menos de un año. Zerbini, en un material mayor (1155 enfermos en total), verifica remisión en 65,4% de casos de menos de medio año, 48,8% en casos de medio a un año. Las formas hebefrénica y simple tienen mal pronóstico también con este método. La aplicación del Cardiazol a la psicosis maníaco-depresiva gana cada día más adeptos por los buenos resultados, así como a la depresión reactiva y la presenil. En la epilepsia y en otros estados mórbidos también se aplica con algún efecto, que requiere nuevas investigaciones. En su extenso, minucioso y autorizado trabajo M. analiza todos los aspectos de la terapéutica con insulina y Cardiazol, inclusive las teorías del mecanismo de acción, y consigna una bibliografía abundante (16 densas páginas) a partir de abril de 1937.

H. D.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

GIORNALE DI PSICHIATRIA E DI NEUROPATOLOGIA, 1939, Nos. 1 y 2.

L. TELATIN : **"L'associazione insulino-cardiazolica ed altre nella cura della schizofrenia"** (La asociación insulino-cardiazólica y otras en la cura de la esquizofrenia).— Este trabajo, que es uno de los temas oficiales presentados en el Congreso Psiquiátrico Interregional de Rovigo, llevado a cabo en octubre de 1938, constituye un valioso aporte al perfeccionamiento de los medios de tratamiento actuales de la esquizofrenia. El autor da a conocer en él, los resultados de su experiencia en el empleo de la asociación insulino-cardiazólica y de la inculino-piretoterapia y llega a conclusiones de alto valor práctico y teórico. Emplea el Cardiazol asociado a la insulina, simultáneamente o en cura consecutiva, cuando tarda en producirse el mejoramiento del cuadro clínico con la terapia insulínica conducida aisladamente o cuando la crisis insulínica se desenvuelve con escasos fenómenos motores. Inversamente, inyecta pequeñas dosis de insulina (20 unidades) dos horas antes de inyectar el Cardiazol en los sujetos que se muestran refractarios al desencadenamiento de la crisis convulsiva producida por esta droga. La cura con insulina puede seguir al tratamiento con Cardiazol para completarlo y consolidar los resultados. La insulino-piretoterapia, con Pyrifer y Neurovacuna, le ha dado resultados halagadores en los casos que se mostraron refractarios a la terapéutica con Cardiazol e insulina. Ha tratado 8 casos con este procedimiento, 5 de los cuales alcanzaron la curación y 3 permanecieron sin modificarse; de éstos, 2 eran antiguos de 15 y 20 años y el restante de 4. Adjunta un resumen de la evolución de los casos que mejoraron. Recomienda el empleo del tratamiento preventivo diacéfalo-raquidiano, según el método de Boschi, antes de emprender cualquier tratamiento violento de la esquizofrenia. Consiste en la inyección endorraquídea de una solución de fenolsulfonptaleína o de agua bidestilada, que determina la producción de una meningitis aséptica leve, que es capaz de resolver por sí sola el proceso morboso esquizofrénico cuando se halla en su comienzo y, en todos los casos, favorece la acción de la insulina garantizando sus resultados. Completa este magnífico trabajo una bibliografía abundante y escogida.

Jorge Lazarte A.

GIUSEPPE CAMPAILLA : **"Alterazioni viscerali da shock insulinico"** (Alteraciones viscerales en el shock insulínico).—Siguiendo la técni-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ca del método de Sakel para provocar el shock terapéutico en el hombre, el A. ha experimentado en conejos, escogiendo al efecto ejemplares inmunes a toda enfermedad. Provocó diverso número de shocks, desde 5 hasta 61 como máximo, practicando en seguida la autopsia de los animales de experimentación con el objeto de verificar las alteraciones histopatológicas en las diversas vísceras, alteraciones que serían proporcionales al tiempo de experimentación. El resultado de sus investigacionees se puede resumir en la siguiente forma : ligeras lesiones degenerativas en el corazón, signos de hiperhemolisis en la sangre; degeneración difusa del epitelio renal y descamación de los túbuli; congestión vasal y fenómenos celulares regresivos en el páncreas, etc.; pero las lesiones más importantes se refieren al hígado : degeneración grasa, vacuolización de la célula hepática; hiperplasia del estroma con neoformación de vasos y tendencia a la esclerosis. El A. juzga prematuro referir sus resultados experimentales al terreno clínico; pero deduce de ellos la importancia del estudio de las funciones hepáticas en los esquizofrénicos sometidos al tratamiento hipoglicémico.

León Mejía.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHO ANALYSIS, 1939, N° 2.

C. P. OBERNDORF : **"On retaining the sense of reality in states of depersonalization"** (Sobre la conservación del sentido de la realidad en estados de despersonalización).—Los mecanismos de la despersonalización, según el criterio del autor, son los siguientes : 1, identificaciones parentales en que la característica de uno de los padres continúa siendo considerada por el inconsciente del enfermo como específica del sexo de aquel padre; 2, la erotización del pensamiento y su excesiva catexis como característica de tales identificaciones; 3, identificación del pensamiento como una característica del padre de sexo opuesto (sobre todo en la niña que toma al pensamiento como un factor masculino); 4, la represión, porque del conflicto resultante el paciente intenta liberarse de aquella porción del super-yo que a medida que él envejece empieza a considerar incóngrua y peligrosa. Según Searl, en la despersonalización habría una infantil identificación con objetos inanimados. También la despersonalización resulta de la necesidad del sujeto que la experimenta de salvarse del peligro del mundo circundante, presentando sólo una parte de su personalidad. El autor refiere, acto seguido, múltiples ejemplos de enfermos que sufren de desrealización, los cuales fueron analizados; en estos casos se

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

halla siempre, en alguna forma, la aplicación de los conceptos antes expresados; siempre la desrealización tiene una significación psicogenética y ofrece serias dificultades al análisis, pues es frecuente que la transferencia se establezca, sin firmeza, con la personalidad secundaria del enfermo. Es común que casi todos los pacientes de este tipo manifiesten un persistente sentimiento de realidad para ciertos objetos, que suelen tener significación simbólica. También se observa la aparición del sentimiento de desrealización en particulares condiciones. Finalmente, se acepta que los mecanismos en referencia no son los exclusivos factores de la desrealización, pero se implica que ellos son regularmente de valor efectivo.

C. G. N.

JOURNAL OF MENTAL SCIENCE, 1939, N° 359.

HARRY STALKER : **"The prognosis of schizophrenia. Based on a follow-up study of 129 cases trated by ordinary methods"** (El pronóstico de la esquizofrenia, basado en un estudio continuado de 129 casos tratados por los métodos ordinarios).— El estudio de la literatura inglesa relativa a casos de observación completa de esquizofrenia, posterior a la Guerra Europea, da un material de 3551 enfermos. Se verifica remisión completa en el 12%, remisión social en el 9%, mejoría en el 5%, remisión y recidiva en el 2%, persistencia del mal en el 67%, defunción en el 5%. El estudio completo de los primeros ingresos del Hospital de Enfermedades Mentales y Nerviosas de Edimburgo desde el 1.VIII.32 hasta el 31.VII.37, sin aplicación de los nuevos tratamientos, ofrece 129 observaciones, cuya elaboración se efectúa en IX.38. S. verifica remisión completa en el 12%, remisión social en el 8%, mejoría en el 9%, remisión y recidiva en el 21%, persistencia del mal en el 50%. Parecen circunstancias favorables al pronóstico bueno la normalidad de los modos de reacción en la vida premórbida, la preponderancia de las influencias del ambiente y de las causas psicógenas de la enfermedad sobre los factores constitucionales, el comienzo agudo y reciente, la conservación de la respuesta afectiva durante la psicosis con ausencia de desarmonía entre el contenido del sentimiento y el del pensamiento, los síntomos manía-co-depresivos, la esquizofrenia aguda que no se puede clasificar en ninguna de las cuatro formas clínicas reconocidas. Parece no tener importancia para el pronóstico la existencia de enfermos mentales en la familia, el sexo, las adquisiciones culturales, la edad al comienzo de la psicosis, la tuberculosis (en el sujeto o en su familia), la pre-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sencia de infecciones focales, de síntomas regresivos o de alucinaciones, una sintomatología que refleje la etiología (?). Los 15 pacientes con remisión completa se clasifican según la "reacción general" en los grupos siguientes : 1° un caso de estado psicopático con un episodio intercurrente esquizofrénico-paranoide; 2° episodios esquizofrénicos en personalidades esquizoides : a) siete pacientes que han pasado por una larga fase de conflicto subjetivo y mala adaptación (psicosis aguda esquizo-afectiva de Kasanin) : después de una enfermedad breve sanan y varios se adaptan mejor que nunca; b) cuatro esquizoides bien adaptados a un ambiente protegido, que enferman a la menor vulneración y que readquieren pronto la mentalidad y la personalidad premórbidas; 3° dos casos en que la angustia es síntoma dominante del comienzo del mal; 4° un caso en que los datos son insuficientes para el análisis de la reacción. Entre los casos que no sanan se observa también, a la admisión, condiciones semejantes a las verificadas en los de remisión.

H. D.

JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASES, 1940, t. 91, N° 1.

MILES BOUTON : **"Pick' Disease : Clinopathologic case reports"** (Enfermedad de Pick : Relación clínicopatológica).— Se estudian cuatro casos desde el punto de vista anatomopatológico y clínico. Los principales hallazgos anatómicos fueron los siguientes : ninguna manifestación de arterioesclerosis ni de placas seniles, y muy escasos cambios fibrilares de tipo Alzheimer; la localización de lesiones parece independiente de la irrigación vascular; se observa principalmente cromatolisis, desplazamiento del núcleo y pérdida del contorno celular; con menos frecuencia aparecen las inclusiones de cuerpos argentófilos, la picnosis y la hipercromatolisis. Luego, la célula desaparece por simple desintegración o por neuronofagia. Se encontró una gran diferencia en el grado de compromiso de las partes corticales afectadas. También los elementos gliales mostraban grandes variaciones en su grado de alteración. Los principales síntomas clínicos fueron : comienzo del mal en el curso de la cincuentena con sonambulismo y con labilidad emocional; algunas veces con apatía. Ligeras delusiones también son síntomas iniciales. La memoria y la orientación no se alteran. En los cuatro casos hubo disturbios del lenguaje, con definida afasia. No se encontró convulsiones (a excepción de un caso). Los hallazgos neurológicos fueron escasos. Al final sobreviene

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

deterioración física que precede a la muerte. El autor ofrece, además de la exposición de los cuatro historiales, una breve consideración sobre el diagnóstico diferencial.

C. G. N.

NEOPSICHIATRIA, 1938, N° 5 y 1939, N° 1.

VITTORIO E. VENTURA : **"Un caso atipico di malattia di Thomsen"** (Un caso atípico de enfermedad de Thomsen).—El caso atípico de miotonía congénita que ilustra el autor es interesante porque pone en evidencia el parentesco clínico que une a la enfermedad de Thomsen con las diversas distrofias musculares heredofamiliares. Se trata de un sujeto cuyo síndrome morboso, hereditario, consiste en desarrollo exagerado de ciertos grupos musculares, hiperexcitabilidad mecánica muscular, reacción miotónica de Erb típica y contractura brusca y progresiva de la musculatura del cuello y de los miembros cuando se expone al frío; cesa la contractura cuando se le acondiciona en ambiente cálido, quedando el sujeto presa de gran astenia generalizada. La semejanza clínica de estos fenómenos miotónicos en su forma de comienzo y desaparición con la paramiotonía congénita de Eulemburg, es evidente y la diferencia estriba en que en ésta última falta la reacción miotónica y la excitabilidad mecánica del músculo no está aumentada. Las apreciaciones del autor sobre este caso concuerdan ampliamente con los resultados de las investigaciones histológicas de Foix y Nicolesco que han demostrado la similitud de las lesiones del neuroeje en la miotonía congénita y en las diversas distrofias musculares heredo-familiares.

Jorge Lazarte A.

ARTURO VITELLO : **"Sull efficacia della terapia convulsivante della schizofrenia in rapporto ai tipi morfologici costituzionali"** (Sobre la eficacia del tratamiento convulsivante de la esquizofrenia en relación al tipo constitucional).— El tratamiento de la esquizofrenia por medio de convulsiones determina mejores resultados en los sujetos brevilíneos que en los longilíneos. En consecuencia, observa el autor, presenta este resultado concordancia con lo que se observa en las remisiones espontáneas, que son más frecuentes en los pacientes de hábito constitucional opuesto al que predomina regularmente en la esquizofrenia. Se han examinado 40 esquizofrénicos tratados con Cardiazol : en los enfermos que obtuvieron remisión y mejoría se encuentra un prevalecimiento de brevilíneos sobre longilíneos. Al contra-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rio, en los longilíneos el número de remisiones después del tratamiento es menor, aunque se trate de casos muy recientes. Se llega a la conclusión final que el tipo constitucional brevilíneo y el inicio reciente de la enfermedad son factores que favorecen el pronóstico; al contrario, el tipo constitucional longilíneo y la antigüedad del proceso mental son factores desfavorables.

C. G. N.

OSPEDALE PSICHIATRICO, 1939, Nº 5.

MARIO TOBINO : **"Nota storico-stadistica sulla paralisis progressiva nel Manicomio Provinciale di Ancona"** (Nota histórico-estadística sobre la parálisis general progresiva en el Manicomio Provincial de Ancona).— El A. hace un resumen histórico de las adquisiciones logradas a través de los años en lo que se refiere a la delimitación clínica de la parálisis general progresiva, siendo digno de señalarse, en lo relativo a la terapéutica, que en el Manicomio de Ancona se practicó por primera vez en Italia la malarioterapia, en mayo de 1923. La parte estadística del trabajo se refiere a los datos obtenidos en dicho establecimiento, donde se asisten todos los enfermos mentales de esa provincia. De 1865 a 1918 la parálisis general ha ido disminuyendo; en efecto, con frecuentes oscilaciones, la curva desciende del 11.2% en 1865 al 1.5% en 1918; a partir de 1919 hasta 1926 la cifra aumenta a 3.5%, y en los años siguientes se aprecia también aumento, llegando a 7.5% en 1935. En resumen, desde 1865 hasta 1938, en un total de 14.409 internados de ambos sexos, se encuentra 479 p. g., lo que da un 3.3%, cifra porcentual mínima si se la compara con la de los hospitales psiquiátricos de las grandes ciudades; aunque es verdad que la mayor parte de los habitantes de Ancona lleva una vida apacible y se dedica a la agricultura y a las actividades industriales y comerciales en pequeña escala. Respecto de la ocupación, entre los enfermos abundan los obreros; en la mayor parte de los casos la enfermedad se presenta de los 40 a los 45 años, la mujer enferma con menos frecuencia y más tardíamente que el hombre.

León Mejía.

PSYCHIATRISCH - NEUROLOGISCHE WOCHENSCHRIFT, 1939, Nº 25.

A. v. BRAUNMUEHL : **"Wie lagert man Kranke zur Krampfbehandlung?"** (¿Cómo se coloca a los enfermos para el tratamiento convulsivo?).— Las complicaciones quirúrgicas del tratamiento convul-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sivo pueden precaverse tomando ciertas medidas. Para evitar la luxación del maxilar es conveniente presionar la mandíbula hacia arriba durante la máxima abertura de la boca. La luxación de la cabeza del húmero por la contensión del brazo puede ocasionar la fractura si se emplea el aparato propuesto por Winkelmann. Para la profilaxis de la fractura del cuello del fémur conviene colocar debajo de los muslos un colchón en forma de cuña o dos almohadas, de suerte que la articulación de la rodilla y la coxofemoral queden medianamente flexionadas; además se colocará una almohada firme y plana en el dorso del enfermo, sobre la cual descansará. Si en la fase tónica el paciente extiende y eleva las piernas, se sostendrán los talones de abajo hacia arriba, para aliviar a los músculos del peso de los miembros. Para los detalles es recomendable la lectura del original, que ilustran dos grabados, así como el artículo de R. Müller, colaborador de v. B., publicado en el Münchener medizinische Wochenschrift, 1939, N° 14.

H. D.

PSYCHOANALYTIC REVIEW, 1940, N° 1.

FRITZ WITTELS : **"Psychology and treatment of depersonalization"** (Psicología y tratamiento de la despersonalización).— La identificación se concreta en forma de "fantasmas", es decir, grandes figuras cuyas características el inconsciente asimila. Toda suerte de tendencias inconscientes existen con la máscara de estos "fantasmas", pero al mismo tiempo son tales figuras medios genuinos de expresión de lo más profundo del inconsciente. Los conflictos son, en realidad, verdaderas batallas entre dos o más incompatibles fantasmas, y toda psicoterapia que se mantiene en un plano de abstracciones es superficial. Luego el autor explica la despersonalización en referencia a estas figuras o "fantasmas"; muchas veces existe un número considerable de ellas y el yo vacila. En consecuencia, la causa de la despersonalización es un considerable número de figuras fantasmáticas al extremo que el yo no puede elegir ni reconocer una definida representación. En otro aspecto, cada una de dichas figuras carece del suficiente revestimiento de líbido. El autor examina un claro e interesante ejemplo.

C. G. N.

REVISTA ARGENTINA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA, 1939, N° 3.

T. FRACASSI : **"Síndrome de Schüller-Christian y epilepsia".—** Caso de un niño de 14 años, con escaso desarrollo físico y mental, diabetes

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

insípida, gingivitis, exoftalmía unilateral y geodas craneanas muy visibles en una radiografía tomada dos años antes, el cual presentó en diversas ocasiones ataques epilépticos. Con motivo de esta observación tan neta de síndrome de Schüller-Christian, hace el autor diversas consideraciones sobre la patogenia probable de la afección y de algunos de sus síntomas, especialmente de los ataques epilépticos, que no habían sido observados en los casos anteriores publicados en la Argentina. Trata asimismo del parentesco que une a este síndrome con otras afecciones producidas por alteraciones en el metabolismo de los lípidos ilustrando su publicación con fotografías y radiografías del sujeto.

Jorge Lazarte A.

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y CRIMINOLOGIA, 1939, Nº 21.

HECTOR M. PIÑERO : **"El suicidio en la ciudad de Buenos Aires".** — Antes de referirse a los datos estadísticos que corresponden al objeto de su tema, el A. entra en algunas consideraciones relativas al suicidio desde el punto de vista de la economía social, la moral y la religión; revisa las clasificaciones propuestas acerca de las características y causas del suicidio y da mayor valor a las psicopatológicas o psiquiátricas que a las sociológicas, es decir, admite la naturaleza patológica del suicidio, en la gran mayoría de los casos. El estudio estadístico en cuestión corresponde a los datos policiales desde 1929 hasta 1938; en él se presenta el número de casos, con su máximo de 627, en el año 1932; las tentativas y los hechos consumados según la edad, mayores en los sujetos de 23 a 30 años; el medio empleado, siendo el mayor número de casos debido a intoxicación por cianuro de potasio; la causa determinante : el primer lugar lo ocupan los padecimientos físicos; la nacionalidad : el mayor número está en la población argentina; y, por último, la profesión : los casos abundan entre los comerciantes. Respecto de la profilaxia del suicidio destaca la importancia de los factores de orden médico, principalmente de la higiene mental.

León Mejía.

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y DISCIPLINAS CONEXAS, 1939, Nº 3.

ANTONIO MORALES S. M. : **"Accidentes del Cardiazol en el tratamiento de la esquizofrenia".**— El A. ha observado los siguientes: luxación del maxilar inferior en gran número de casos; en dos oca-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

siones solamente, luxación escápulo-humeral; ha verificado también casos de fracturas : una fué del cuello del húmero, otra de la escápula y una tercera del cuello del fémur. Tratando de dar una explicación etiopatogénica de dichas fracturas cree que pueden ser debidas a trastornos endocrinos, principalmente de la paratiroides, que se habrían establecido en el curso del proceso esquizofrénico.

León Mejía.

RIVISTA DI NEUROLOGIA, 1939, Nos. 3 y 4.

A. PALEARI : **"I tumori perlacei cerebrali"** (Los tumores perláceos cerebrales).— Basado en el estudio anátomo-clínico de tres casos de neoplasias de esta índole, dos de la región témporo-parietal y el tercero suprasillar con invasión del ventrículo medio, el autor hace diversas consideraciones de carácter histológico, clínico y terapéutico. Manifiesta que los tumores perláceos se hallan rodeados de una cápsula conjuntiva que encierra en su interior estratos epiteliales de células epidérmicas por cuya proliferación aumentan lentamente de tamaño comprimiendo el tejido nervioso sin invadirlo; el núcleo tumoral es una masa amorfa y deleznable semejante al caseum. El desarrollo de la neoplasia determina una reacción inflamatoria de vecindad cuyos elementos celulares son principalmente linfocitos, células gigantes y plasmazellen. La evolución es lenta y el dianóstico de certeza casi siempre imposible de hacerse en vida, con excepción de casos muy particulares. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico y en veces muy dificultoso por la localización basifar de la neoplasia. Completan este trabajo diversas fotografías y nutrida bibliografía.

G. GLUCK : **"Cerebellite da parotite epidemica"** (Cerebelitis en la parotiditis epidémica).—Las complicaciones nerviosas de la parotiditis epidémica son poco frecuentes, si se exceptúa la reacción meníngea de tipo inflamatorio que se encuentra en la mayoría de los casos, aunque sin manifestarse por síntomas especiales. El A. hace un positivo aporte al estudio de estas complicaciones publicando el caso de un sujeto que en el curso de una parotiditis epidémica aparentemente benigna presenta complicaciones nerviosas de comienzo apoplectiforme consistentes en inestabilidad motriz, anisocoria y considerable reducción de la vida psíquica; algunos días después, simultáneamente con la recuperación de sus facultades intelectuales, presenta temblor intencional de la cabeza y de los miembros y los síntomas propios de un síndrome cerebeloso de los más característicos. Se trata, según

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

parece, de una encefalitis cuyas lesiones tienen particular intensidad a nivel del cerebelo; el comienzo apoplectiforme hace pensar en la posibilidad de una hemorragia cerebelar acaecida en el curso de una encefalitis hemorrágica. Sustenta a continuación la hipótesis del origen vascular de las lesiones, apoyándose en las comprobaciones anatómicas de otros autores, verificadas en casos semejantes, quienes encontraron invariablemente densos infiltrados perivasculares y hemorragias puntiformes. El caso comentado evolucionó favorablemente hasta la reintegración del sujeto a la vida normal. Ilustra esta magnífica observación con el fragmento de una cinta cinematográfica que permite apreciar la intensidad de la asinergia propia de un síndrome cerebeloso muy acentuado.

Jorge Lazarte A.

ZEITSCHRIFT FUER DIE GESAMTE NEUROLOGIE UND PSYCHIATRIE, t. 166, 1939 Nº 4.

FRITZ ROEDER : **"Bisherige Ergebnisse ueber den Phosphatidstoffwechsel im Liquor cerebrospinalis. ErsterBericht ueber ein neues Extraktionsverfahren fuer kleinste Liquormengen"** (Resultados obtenidos acerca del metabolismo de los fosfátidos en el líquido céfalo-raquídeo. Primer informe sobre un nuevo procedimiento de extracción viable en pequeñísimas cantidades del líquido).— Hay substancias que toman parte activa en el metabolismo del parénquima nervioso y otras que yacen como de substrato. A las primeras pertenecen la cefalina, la lecitina y la colesterina libre; a las segundas pertenecen las grasas neutras, la esfingomielina y la colesterina. Cuando hay procesos destructivos del complejo lipoideo del parénquima nervioso podría encontrarse fosfátidos o productos de su escisión en el líquido céfalo-raquídeo. El A. revisa los métodos que intentan realizar esta idea y expone desde el del autor de ella Hiller hasta el de Seuberling que requiere 5 cc. de líquido, para su ejecución. También enmienda las cifras dadas como valor medio y normal, dadas por Seuberling, y afirma que, según su experiencia son de 0.025 a 0.045 mgr.%. Por último, expone su método para dosificar el fósforo lipoídico en el líquido céfalo-raquídeo el cual además de ser viable en pequeñísimas cantidades de líquido (de medio a un cc.), abarca la totalidad de los fosfátidos y evita la intromisión de los fosfatos minerales en el extracto de los lipoídicos. El principio del procedimiento consiste en extraer los fosfátidos del resto seco del líquido mediante una mezcla de alcohol-cloroformo y dosarlos colorimétricamente. De término de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

comparación se usa una solución estandard de fosfato de potasio que se matizará a diferentes dilusiones. No es difícil la ejecución técnica del procedimiento y según el A. ofrece gran precisión.

GUNNAR LUNDQUIQST : **"Einige Stoffwechseluntersuchungen bei endogenen Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der Leberfunktion"** (Algunas investigaciones del metabolismo en las psicosis endógenas prestando atención especial al hígado).— Los trabajos de Forsgen en 1927 han hecho ver que el hígado independiente de influencias exógenas almacena glicógeno durante la noche y lo desasimila durante el día. Más tarde otros autores: v. Euler, Holmquis y Holmgren demostraron que diferentes órganos y funciones se desenvuelven sujetos a ritmo seguramente tutelados por el sistema nervioso central. L. ha hallado que los esquizofrénicos graves y muy dementes siguen sólo en grandes lineamientos el ritmo normal en la temperatura, diuresis, eliminación de urea y color de la orina. En cambio, las proteinas de la sangre experimentan aumento en las mañanas en los casos de depresión, con lo cual se alejan del ritmo regular de las personas sanas.

L. A. Guerra.

ZEITSCHRIFT FUER PSYCHISCHE HYGIENE, 1939, t. 12, N° 5-6.

TRACHTE : **"Die Bedeutung der Arbeitstherapie bei koerperlich Kranken"** (La sinificación de la ergoterapia en los enfermos somáticos).— Hay un vacío entre el momento en que el paciente ya no necesita tratamiento hospitalario y aquel en que comienza a trabajar. En ese espacio de tiempo necesita todavía reponerse y requiere ligera atención médica. El problema no lo resuelven los hospitales para reconvalecientes ni los establecimientos para los ligeramente enfermos, porque un aconvalecencia muy reposada no readapta al paciente para la lucha diaria ni tampoco la normalidad conseguida en el funcionamiento de los órganos, capacita al sujeto a ejecutar sus obligaciones como cuando estaba sano. La reposición de la salud después de la enfermedad implica diversos problemas según el lugar de la sociedad al cual sea reincorporado el sujeto. El señorío de la salud será medido por el rendimiento en el trabajo, el cual, debe pugnarse porque llegue al 100%. Ya que esto no se consigue con los usuales sistemas terapéuticos, cabe acudir a la fórmula de Siebeck : "por medio del trabajo, llegar al trabajo", procurando alcanzar el restablecimiento total somático y psíquico, evadiendo simultáneamente los daños de la no-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

socofilia. La prosecución de las ideas antepuestas envuelve una serie de problemas técnicos y económicos en la trayectoria que seguirá el paciente entre el morbo que lo aqueja y su lugar en la vida diaria. Así se individualizará siempre el tratamiento, se preferirá hacer prolegómenos de gimnasia antes de iniciarlo en la vía del trabajo. De una vez en ella se atenderá a la dosificación del trabajo : su ritmo y progresión. Tampoco se escatimará la dirección médica, ni que los enfermeros y maestros de talleres ofrezcan a los reconvalecientes un ambiente de cordial familiaridad. Este tipo de establecimientos todavía poco difundidos, es más económico que cualquier otro nosocomio.

L. A. Guerra.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

SOCIEDAD DE NEURO-PSIQUIATRIA Y MEDICINA LEGAL

Presidencia del doctor H. Delgado

Asamblea General del 23 de diciembre de 1939

A propuesta del Secretario General, se designó, como miembros integrantes de la comisión que debe estudiar las bases para modificar el decreto supremo de 1926 sobre internación de enfermos mentales y toxicómanos, a los doctores Sergio E. Bernales, Guillermo Fernández Dávila, Fernando Loayza y J. M. Herrera O.

Se dió lectura, a continuación, a las disposiciones de los estatutos sobre elección de Junta Directiva.

Fueron elegidos miembros de la Sociedad los doctores Mauricio Dávila, Abelardo Indacochea y Enrique Cipriani.

Se procedió a la elección de Junta Directiva para el año de 1940, quedando ésta integrada como sigue: Presidente, doctor Sergio E. Bernales; Vicepresidente, doctor Carlos Monge; Secretario General, doctor J. O. Trelles; Secretario de Actas, doctor Germán Stiglich; Tesorero, doctor Fernando Figari D. C.; Bibliotecario, doctor Enrique Encinas; Vocales: doctores Guillermo Fernández Dávila, Darío Acevedo y Federico Sal y Rosas.

El Secretario General doctor Trelles informó sobre la marcha de la Sociedad en los siguientes términos:

"Señores:

La modificación del Reglamento Interno acordada en la última asamblea general me impone la gratísima tarea de informaros sobre la marcha de la Institución durante el año que finaliza.

El balance en el segundo año de labores, da el siguiente resultado: ocho sesiones ordinarias, en las que fueron presentados 34 trabajos de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, y tres sesiones extraordinarias, dos de ellas motivadas por la realización de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas y otra que realizaremos dentro de breves instantes en homenaje a Hermilio Valdizán.

No es el momento de analizar la obra científica realizada en el seno de la Sociedad, pero no podemos dejar en silencio, la variedad de los temas desarrollados, así como los cambios de ideas y debates que les siguieron, creando un clima científico satisfactorio, que no estaría desplazado aún en centros europeos. Tampoco podemos dejar de recordar el éxito con que se realizó la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, que alcanzó relieves de gran torneo continental, a la que la Sociedad prestó apoyo y

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

eficaz colaboración. Mencionaré la sesión extraordinaria celebrada en enero que designó una representación oficial y la sesión extraordinaria de 23 de marzo que fué presidida — deferencia especial de nuestro Presidente — por el delegado argentino doctor José B. Odoriz; en esa sesión tuvimos la colaboración científica del doctor Isaac Horwitz, Miembro Honorario. En esa misma sesión se incorporaron como Miembros Honorarios los siguientes delegados extranjeros, doctores Nerio Rojas, Demetrio E. García, José B. Odoriz, Edgar Pinto César, Arturo Vivado, Elías Malbrán, Isaac Horwitz, Waldo Iturra, A. Rojas Carbajal, B. Arce Molina, Horatio H. Pollock, y F. Herrera Guerrero. Posteriormente fué incorporado también como Miembro Honorario el doctor Gregorio Marañón.

En la Asamblea General última fueron elegidos miembros activos los doctores P. Anglas Quintana, Germán Stiglich y Angel Ugarte; además nuestra Sociedad se ha enriquecido con un miembro correspondiente extranjero, el doctor Juan Garafulicz, que asistió a la sesión de junio.

Este año de 1939 quedará como particularmente feliz en nuestros anales. Después de su consagración efectiva en las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, que ha sido la prueba de fuego de nuestra Sociedad, debemos recordar otro éxito: el haber llevado nuestra presencia al Tercer Congreso Neurológico Internacional de Copenhague, del 20 al 25 de agosto, todos sabemos en qué angustiosos momentos. Es un agradable deber el renovar nuestro agradecimiento al doctor Jorge Voto Bernales por haber cumplido dignamente con nuestro encargo, del que dió cuenta en su oportunidad. Debemos también agradecer al Ministro de Educación Pública doctor Oscar Arrús, por la ayuda económica que prestó a la Sociedad con ese fin.

Antes de terminar permitidme insistir sobre el éxito con que se desenvuelve la Institución; nuestras sesiones han tenido concurrencia nutrida, exactitud rigurosa en su horario, abundancia de trabajos, al punto que no se ha podido escuchar todos los programados; además, un número elevado de estudiantes las han seguido con creciente interés El triunfo se debe a la actividad que han desplegado todos sus miembros. Permitidme, pues, señores, en nombre de la Mesa Directiva agradeceros efusivamente y esperar la misma colaboración entusiasta para el porvenir. Los fundadores de la Sociedad encuentran en este éxito legítimo orgullo y honda satisfacción.

La colaboración de jóvenes profesionales y de estudiantes en fin de escolaridad es motivo de regocijo ya que nos da la seguridad de la prolongación y pervivencia de la Institución. A ellos nuestro agradecimiento y felicitación.

Señores:

La tarea de vuestro Secretario General ha sido agradable y quizá feliz en sus resultados por el sostén y dirección que ha prestado constantemente el doctor Honorio Delgado, cuya presidencia quedará honrosamente ligada a nuestros anales y creo ser vuestro intérprete al expresarle nuestra gratitud y brindarle nuestro aplauso. Agradezco por mi parte la diligencia y colaboración de los Secretarios de Actas doctores Jorge Voto Bernales y Fernando Figari."

* * *

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sesión extraordinaria del 23 de diciembre de 1939

Conmemorando el décimo aniversario del fallecimiento del insigne maestro y psiquiatra peruano doctor Hermilio Valdizán, el Presidente de la Sociedad doctor Honorio Delgado, pronunció el siguiente discurso:

"Perdimos a Hermilio Valdizán la noche del 25 de diciembre de 1929. Una agravación repentina de la enfermedad que sufriera sin queja desde hacía tiempo fué la causa de tal desgracia, acaecida pocas semanas después que cumpliera cuarenta y cuatro años de edad. Acaso para él no fué una sorpresa el accidente mortal, pues la víspera, al celebrar la Nochebuena hubo de expresar que tal vez esa sería la última fiesta de Navidad que pasara en este mundo.

Han transcurrido diez años. Los que le amamos sentimos todavía agudo dolor de su ausencia. Y la admiración que inspiraba su personalidad extraordinaria no ha menguado con los años que nos separan de su existencia terrenal. Por el contrario, en la perspectiva del tiempo sus méritos se destacan en nuestro espíritu con caracteres de incuestionable eminencia. De cerca fué para quienes le trataron el modelo del hombre sesudo y bonísimo, de los que dan el consejo con el vencejo. Es criterio general que nadie que se aproximara a él, cualquiera que fuese el motivo, dejó de apreciar la excelencia de su corazón y de su porte. Mas quien frecuentara su trato amistoso durante tres lustros puede valorar hoy con máxima objetividad la peregrina finura de un natural sensible a toda incitación superior; la calidad de una inteligencia pronta, perspicaz y harmoniosa, dueña de los talentos más variados y de los recursos más certeros; en fin, el regalo continuo de un trato lleno de delicadezas en el cual se transparenta el olvido absoluto de sí mismo, la entrega cordial expresada con perfecta naturalidad. Este talento sencillo y gentil como la presencia de las flores— hacía que el interlocutor, de cualquier categoría que fuese, se hallara siempre a gusto con Valdizán y también por virtud de la misma naturalidad del trato, no parase mientes en aquilatar su singularidad, que hoy se impone a nuestra admiración con la distancia de los años y el contraste de las gentes que rebosan egolatría.

Una existencia regida por el desinterés y la caridad, como fué la de Valdizán, no se liquida con logros materiales. Así lo acredita la condición del hogar que dejara, en que los meritísimos esfuerzos de la viuda han sabido mitigar los efectos de la horfandad sin holgura. Frutos de esa suerte de existencia son los bienes espirituales de la obra efectuada y de la fama que no se busca en vida. Tal es lo que queremos significar con esta celebración de la Sociedad de Neuro-Psiquiatría y Medicina Legal a la memoria del primer cultor integral de la especialidad en el Perú.

La incansable diligencia de Valdizán, que lejos de aminorar aumentara durante la enfermedad que le anunciaba su fin prematuro, ha dado frutos cuya entidad sabrán poner de manifiesto los oradores que gustosos se han encargado de la tarea. Agradezco especialmente al doctor don Víctor Andrés Belaúnde, orgullo de la diplomacia y de las letras peruanas, su colaboración en esta oportunidad. Consideramos fortuna que en el homenaje a la memoria de quien fué maestro cabal, investigador fecundo, escritor gratísimo y patriota edificante tome parte principal un condigno maestro, pensador y propulsor de nacionalismo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Estamos seguros de que tanto el doctor Belaúnde como los doctores Lastres, Gutiérrez-Noriega y Arnillas desmentirán con gallardía en el caso de Valdizán el sentido de ese amargo epigrama que reduce al hombre a la nada : «la muerte le coge, la sepultura le traga, la tierra le cubre, la pudrición le deshace, el olvido le aniquila y el que ayer fué hombre hoy es polvo y mañana nada»."

A continuación los doctores Víctor Andrés Belaúnde, Juan B. Lastres, Carlos Gutiérrez-Noriega y José Max Arnillas, trataron acertadamente sobre los aspectos jurídico, literario, científico y social de la personalidad del doctor Valdizán.

Jorge Lazarte A.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

NECROLOGIA
1939

EUGEN BLEULER

Hijo de comerciante, Paul Eugen Bleuler nace el 3 de abril de 1857 en Zollikon, aldea próxima a Zurich, y se educa en esta ciudad. Comienza los estudios de medicina a la edad de 19 años, terminándolos a los 24. Orientado precozmente hacia la psiquiatría, apenas se gradúa es médico del asilo de Waldau, cerca de Berna. Tres años después escucha las clases de Charcot y Magnan, en Paris, visita Londres y trabaja en Munich como asistente de Gudden, acabando por ingresar como médico asistente al asilo de Burghoelzli, cerca de Zurich, en 1885, que dirige desde 1897, después de organizar el de Rheinau. Al mismo tiempo que se hace cargo de la dirección del establecimiento de Burghoelzli, como sucesor de Forel, es nombrado profesor de psiquiatría en Zurich. Desde entonces permanece ahí como director del asilo y de la clínica universitaria hasta que cumple 70 años, en 1927. En esos tres decenios su trabajo de organizador, de sabio y de maestro es de una eficacia y una fecundidad extraordinarias. Después de su retiro continúa produciendo e irradiando influencia, infatigablemente, hasta su muerte, acaecida el 15 de julio de 1939.

En su obra de investigador se destacan los trabajos sobre la enfermedad mental que él bautizara con el acertado nombre de esquizofrenia. En esta materia el concierto de la amplitud de miras y el sentido clínico-psicológico peculiar a Bleuler, le permite hacer realizar un positivo avance a los conocimientos psiquiátricos. Los criterios que en investigadores contemporáneos son exclusivos, como el psicoanálisis, el asociacionismo, el sistema nosográfico etc., Bleuler los acorda y concentra en foco para esclarecer los problemas de la psicosis enigmática por excelencia. Esta misma aptitud da frutos en su investigación de la psicopatología de la paranoia, formulada en la contribución **Affektivitaet, Suggestibilitaet, Paranoia,** 1906, y en su manual de psiquiatría. En éste se transparenta además y de manera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

eminente el don de la síntesis unido a una comprensión muy aguda de las necesidades de la práctica médica.

Renovador de procedimientos en la asistencia de enfermos de la mente y habilísimo perito forense que cuida tanto del bien del paciente cuanto de la protección de la sociedad, el eminente psiquiatra suizo, en su actuación concreta y en infinidad de publicaciones, busca base científica y altura moral a la conducta del especialista en relación con los demás. Paralelo o dependiente de Kraepelin en no pocas ideas, concuerda con él en la pasión antialcohólica, a cuya propaganda consagra profundas reflexiones, inspiradas en evitar el mal anexo al abuso y hasta al uso de las bebidas espirituosas.

La producción de Bleuler no se limita a la esfera de su especialidad y al ámbito social de su ejercicio. Particularmente en los últimos decenios de su vida le preocupan la psicología del médico, la psicología general y la filosofía de la vida. El espíritu inquisitivo y de crítica le lleva a estudiar la mentalidad del médico y sus defectos en el ejercicio del arte profesional, en la labor docente y en la producción científica. Su libro **Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Ueberwindung** (El pensamiento autístico-indisciplinado en medicina y su vencimiento) constituye magnífico fruto de tal espíritu, a la vez de verificación de la realidad y de reforma de los procedimientos. Respecto de la especulación psicológico-filosófica, ya durante la Guerra Europea publica un estudio sobre lo físico y lo psíquico en patología **(Physisch und Psychisch in der Pathologie,** Berlin, 1916) y después de una serie de libros entre los que se destacan su extensa obra de psicología como historia natural y devenir de la conciencia **(Naturgeschichte der Seele und ihres Bewusstwerdens,** Berlin, 1921) y la que define su filosofía biológica, a base de una concepción influída por Semon, pero que en lugar de interpretar las manifestaciones de la vida como fisicoides las asimila a lo psíquico, como psicoides (**Die Psychoide als Prinzip der organischen Entwicklung,** Berlin, 1925). Sin embargo de la tendencia de Bleuler a considerar la vida y el psiquismo con el criterio de las ciencias naturales, reconoce que la vida misma, con sus necesidades, siempre da entrada a las valoraciones como lo más importante en nuestro mundo de representaciones.

HARVEY WILLIAMS CUSHING

El 7 de octubre de 1939 ha fallecido, después de breve enfermedad, Harvey Cushing, el más insigne propulsor de la neuro-cirugía

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

contemporánea. Su desaparición significa una pérdida irreparable para la ciencia médica americana y ha sido hondamente sentida en los círculos científicos del mundo entero.

Hijo, nieto y biznieto de médicos, nació en 1869, en Cleveland, en una familia en la que era, pues, tradicional la inclinación por la medicina y no tardó en demostrar él también su afición por las ciencias médicas, a las que dedicó desde muy joven su incansable laboriosidad y su inestimable talento. Sus primeros estudios fueron hechos en la Escuela Médica de Harvard, pasando más tarde a ser interno del Hospital General de Massachusetts y, posteriormente, médico del Johns Hopkins Hospital, en donde trabajó cuatro años, hasta 1900. Al año siguiente, su afán de renovación lo llevó a visitar las principales capitales europeas, en busca de la enseñanza de los maestros de entonces, y visitó a Horsley en Inglaterra, a Kraus en Alemania y a Kocher en Suiza; pasó después a Italia y volvió a Inglaterra en compañía de Sherrington, con quien permaneció algunos meses dedicado a investigaciones de Fisiología. De regreso en su país fué discípulo y colaborador de Halsted, bajo cuya instancia tomó el cargo de director del Hunterian Laboratory en Baltimore. Fuertemente influenciado por su maestro, tomó de él los principales conocimientos técnicos de cirugía nerviosa, en particular la minucia operatoria y la hemostasia eficaz. Emigró después a Boston donde colaboró en la Cátedra de Cirugía de la Universidad de Harvard y obtuvo la dirección del servicio quirúrgico del Peter Brent Brigham Hospital, en donde comienza su labor en 1910. Su obra científica es ya importante cuando se establece en este centro, pues aparte de investigaciones de fisiología verificadas con Koocher en Suiza y con Sherrington en Inglaterra, repite en Baltimore las experiencias de Paulesco sobre fisiología de la hipófisis y logra producir en los animales hipofisectomizados, la distrofia adiposo-genital, siendo tan notable su contribución a la endocrinología, que pronto adquiere renombre universal. Al mismo tiempo, la verificación de estas experiencias constituye ventajosa práctica de cirugía cerebral que le asegura el dominio de la técnica operatoria en el abordaje de las más difíciles regiones del cráneo.

Desde su establecimiento en el Peter Brent Brigham Hospital comienza su brillante carrera como neuro-cirujano demostrando predilección por el estudio de los tumores endocraneales. Estudia en primer término los más accesibles al estudio clínico como son los tumores hipofisarios y los neurinomas del acústico. Hace la distinción entre adenomas cromófobos con síndrome adiposo-genital y adenomas

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cromófilos con síndrome de Cushing, actualmente clásico. Continúa después con el estudio de los meningiomas de diversa localización y resume sus conocimientos sobre estos tumores en una magnífica obra que es también una síntesis maravillosa de su experiencia en neuro-cirugía. Dedica luego su atención al conocimiento de los gliomas, de los que describe un nuevo tipo, los medulobastomas, que aisla con ayuda de Bailey; esboza también una clasificación de estos tumores con el objeto de tener una pauta para el pronóstico y para la posibilidad de tratamiento quirúrgico; cuando la intervención no es posible practica la craneotomía descompresiva sub-temporal, operación que lleva su nombre.

En numerosas publicaciones da a conocer los principios fundamentales de la neuro-cirugía y describe técnicas originales para la extirpación de ciertos tumores; inventa los clips hemostáticos de gran utilidad, y aplica a la neuro-cirugía las ventajas de la electrocoagulación descubierta por Bory, simplificando de este modo las dificultades operatorias de los meningiomas que desde entonces caen bajo su dominio. Llama asimismo la atención sobre la importancia de la exploración minuciosa del campo visual para el diagnóstico topográfico de algunas neoplasias intracraneales e inventa, con la ayuda de Clifford Walker, la pantalla piramidal para las determinaciones campimétricas.

Sería largo detallar la labor científica del ilustre cirujano de Cleveland y no es oportuno hacerlo aquí, pero no podemos pasar en silencio su labor como maestro y fundador de una escuela que había de alcanzar fama universal. Desde los comienzos de su labor en el Peter Brent Brigham Hospital atrae la atención mundial por la calidad de sus trabajos y numerosos discípulos acuden a él ávidos por cosechar sus enseñanzas. Su vida ejemplar, su laboriosidad incansable y su férrea disciplina fueron siempre objeto de admiración para cuantos le rodearon.

Organizó tan sabiamente el Servicio de Cirugía que estaba bajo su dirección que fué modelo de orden, colaboración y disciplina. En la mayoría de las veces él mismo verificó el estudio cabal de los casos clínicos operándolos después con técnica impecable desde el punto de vista de la asepsia y de la hemostasia; jamás se desalentó por los fracasos y supo comunicar su optimismo a sus discípulos, muchos de los cuales se cuentan ahora como los maestros de la neuro-cirugía mundial.

Su amor por los libros y por la literatura es otro de los aspectos saltantes de su egregia personalidad y a costa de paciente esfuer-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

zo llegó a obtener un excelente estilo literario que exhibía orgullosamente en sus obras y publicaciones. La muerte le sorprende a la edad de 70 años, cuando por la magnitud de su obra científica y por la fecundidad de sus enseñanzas tiene ganado preferente lugar entre las más grandes figuras científicas de nuestro siglo. En sus últimos años supo soportar estoicamente la pérdida total de su fortuna —desaparecida en la bancarrota Kruger— y tuvo la desgracia irreparable de la muerte trágica de su hijo.

Es un grande, entre los más grandes, que se va.

SIGMUND FREUD

El 6 de mayo de 1856 nace en Freiberg el futuro creador del psicoanálisis, en un hogar modesto, como hijo del segundo matrimonio de su padre, cuando éste cuenta 42 años y la madre 22. Una campesina predice a la joven madre que con su primogénito ha dado a luz a un gran hombre. Al referir esta profecía, en su obra sobre la interpretación de los sueños, Freud, en cuya niñez la escuchara, complacido, repetidas veces, se pregunta si su sed de grandeza tiene ahí su origen. Hace sus estudios en Viena, adonde llega su familia cuando él cuenta 4 años. Es alumno del Gimnasio Sperl, en cuyas clases ocupa el primer puesto durante siete matrículas. No en vano durante esos años de su instrucción tiene a Aníbal por héroe favorito : sus simpatías, tratándose de las Guerras Púnicas, están decididamente del lado de los cartagineses, y Aníbal se impone poderosamente a su imaginación y hasta se incorpora como ideal en su personalidad. "Cuando, en el Obergymnasium —recuerda Freud aportando asociaciones libres a un sueño suyo—, llegué a comprender las consecuencias de pertenecer a una raza ajena al país y fuí forzado, frente al sentimiento antisemítico reinante entre mis condiscípulos, a asumir una actitud resuelta, la figura del caudillo semita cobró mayor relieve a mis ojos. Aníbal y Roma simbolizaban en mi juventud la oposición entre la tenacidad del judaismo y la organización de la Iglesia católica". (Esto confirmaría en cierto modo el juicio que nos comunicara el conde Keyserling : personalmente Freud encarna la psicología de Adler, y éste la de Freud). Un dato anecdótico más : A los 14 años recibe como regalo las obras del autor judío Boerne (Loeb Baruch), el único presente que conserva hasta su ancianidad. De la lectura asidua de estas obras le impresiona de manera indeleble (y eficaz) la frase siguiente : "Tan aplastante como la censura de los gobiernos es la **censura** que ejerce la opinión pública sobre nuestra labor mental".

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Sin vocación precisa, termina su duda para optar entre la medicina y la jurisprudencia cuando escucha la lectura del pequeño ensayo de Goethe sobre la naturaleza. En la universidad, a los 17 años, se dedica de preferencia a los estudios de fisiología, acabando por hacer investigaciones al lado de von Brücke, y a la histología del cerebro, con Meynert. Empeñado en la investigación original, posterga su grado hasta 1881. En 1885, docente ya de neuropatología en Viena, visita Paris y se vincula con Charcot, cuya Nueva Serie de Lecciones se compromete a traducir. Después, en 1886, pasa a Berlin, donde estudia enfermedades de niños con Baginsky, y en Viena, al lado del pediatra Kassowitz, se dedica al estudio de las enfermedades del sistema nervioso en la infancia, acerca de las cuales publica importantes trabajos. En materia de terapéutica de las enfermedades nerviosas se desengaña pronto de la electroterapia : "Puse de lado el aparato eléctrico antes que Moebius dijera la palabra definitiva, esto es, que los resultados favorables del tratamiento eléctrico de los enfermos nerviosos — si se presentan — son un efecto de la sugestión del médico". Vivamente interesado en el conocimiento y la práctica del hipnotismo, visita Nancy, en 1889, para enterarse de los procedimientos de Liébault y Bernheim, encargándose de la traducción de las obras de éste sobre la sugestión y sus efectos terapéuticos.

Antes de ir a Paris, cuando Freud es médico de hospital (hacia 1882), y teniendo ya relación con Josef Breuer, éste le dice en una ocasión, refiriéndose a una neurópata acerca de cuyos antecedentes el esposo aporta cierto dato erótico : "Estos son siempre secretos de alcoba". Charcot, después, hablando de un caso de neurosis en la esposa de un individuo impotente, ante la duda de Brouardel, y en presencia de Freud, afirma enfáticamente : "Mais, dans des cas pareils c'est toujours la chose génitale, toujours, toujours, toujours!". Chrobak, a su vez, a propósito de un caso semejante indica a Freud, atónito, este récipe : Penis normalis, dosim. Repetatur!

El origen y la evolución del psicoanálisis son conocidos. En el presente número de esta revista aparece un estudio especial sobre la doctrina de Freud. Indicaremos solamente el orden de la publicación * de sus artículos y libros principales : Las neuropsicosis de defensa, 1894; Estudios sobre la histeria (con Breuer), 1895; Acerca de la justificación de separar de la neurastenia un síndrome determinado como "neurosis de angustia", 1895; La sexualidad en la etiología de las neu-

* Lamentablemente alterado en la edición de las **Obras Completas** del maestro.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rosis, 1898; La interpretación de los sueños, 1900; Acerca de los sueños, 1901; De la psicopatología de la vida cotidiana, 1901; Tres disertaciones sobre la teoría de la sexualidad, 1905; El chiste y su relación con lo inconsciente, 1905; Acciones compulsivas y ejercicios religiosos, 1907; Análisis de la fobia de un niño de cinco años, 1909; Acerca del psicoanálisis. Cinco conferencias...., 1909; Observaciones psicoanalíticas acerca de un caso de paranoia (demencia paranoides) descrito autobiográficamente, 1911; Totem y tabú, 1913; Historia del movimiento psicoanalítico, 1914; Introducción al narcisismo, 1914; Conferencias de introducción al psicoanálisis, 1917; Más allá del principio del placer, 1920; Psicología de las masas y análisis del yo, 1921; El yo y el ello, 1923; Inhibición, síntoma y angustia, 1926; La cuestión del análisis profano, 1926; El porvenir de una ilusión, 1927; Las incomodidades de la cultura, 1930; Nueva serie de conferencias de introducción al psicoanálisis, 1933; Moisés y el monoteísmo (libro inédito del cual se ha publicado dos capítulos en 1938 y 1939).

Después de padecer los efectos de una enfermedad maligna durante más de tres lustros, el profesor Freud ha muerto en Londres el 23 de septiembre de 1939. Su recia constitución y la longevidad heredada de ambos padres le permitió sobrevivir a varias operaciones, contra todo pronóstico. Su desaparición ha causado pesar en el mundo entero, particularmente a quienes conocieron los encantos de su trato.

KARL SCHAFFER

El 15 de octubre de 1939 ha dejado de existir Karl Schaffer, jefe de fila de la Escuela Neurológica Húngara. Así se ha extinguido, en el curso de su septuagésimo quinto año, una vida noblemente consagrada a la neuropatología.

Karl Schaffer nació el 7 de septiembre de 1864 en Budapest e hizo todos sus estudios en su ciudad natal. Se orienta a la medicina y destaca brillantemente desde los primeros años. Alcanza el título de Privat-Docent en 1893 y en 1901 es nombrado Profesor de la Universidad. Sus célebres trabajos de histopatología nerviosa lo consagran pronto y en 1912 le merecen recompensa especial, ya que el Estado Húngaro le crea el "Instituto Neurohistológico de Budapest" cuyo prestigio pronto es reconocido en todas partes. Schaffer forma así una brillante escuela neurológica, aunque permanece alejado de la enseñanza. Sin embargo, en 1925, la insistencia especial de sus amigos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

le lleva a aceptar la Cátedra de Neurología y Psiquiatría a la que se encuentra, desde entonces, ligado el Instituto Neurohistológico. Durante doce años de infatigable labor lleva de conjunto la dirección de los dos cargos y año tras año condensa la labor de investigación en la bien conocida serie de volúmenes "Hirnpathologische Beitrage". En 1937, en el volumen XVII de esta serie, anuncia brevemente que deja la dirección de ellos a uno de sus más brillantes discípulos el Profesor Miskolczy, y así, el Instituto de Neurohistología es ligado a la Universidad de Szeged. Dos años más tarde, en plena producción científica, le sorprende la muerte.

En el curso de más de cuarenta años de investigación su actividad no se relajó un instante y guardó hasta los últimos días la extraordinaria vitalidad que supo comunicar a los encargados de continuar su obra. Suave pero tenaz, austero, y verdadero maestro, ha creado una escuela en la que brillan tantos nombres : Balint, H. Richter, Angyal, Balo, Lehoczky, Gyarfas, Bela Hechst, K. von Santha, Stief, para no citar sino los más conocidos.

Karl Schaffer deja una obra de primer plan, que abarca casi toda la neuropatología, en la que marca un punto culminante y perseguido con tenacidad, la histopatología de las enfermedades hereditarias. Sus primeros pasos los inicia en un trabajo notable sobre la rabia, en que intuye y sostiene la propagación del agente infeccioso a lo largo de los nervios, de la periferia a los centros; modo de propagación que lustros más tarde es invocada para otras afecciones a neuro-virus y alcanza resonancia bajo el nombre de neuroprobasia. Después de unas incursiones en clínica psiquiátrica y en particular en el dominio de la histeria (es a fines del siglo pasado cuando Charcot atrae y polariza las corrientes científicas), vuelve a las investigaciones de histopatología recorriendo todos los sectores; basta para convencerse de ello recorrer los índices de los XVII volúmenes de los "Hirnpathologische Beitrage" y ver el aporte considerable del Maestro húngaro. Recordemos solamente los clásicos y sistemáticos estudios sobre la histopatología de la tabes, que parecía ya, sin embargo, un sujeto clasificado, muchos de ellos con Richter y Lehoczky; con Miskolczy recientemente publica una serie de documentos anatómicos inapreciables sobre la esquizofrenia y el grupo de las demencias seniles.

En 1905 persiguiendo sus búsquedas de histopatología fina, al analizar la calidad, naturaleza y evolución lesional de las neuronas, examina separadamente hialoplasma, neurofibrillas, substancia cromidial, e inicia sus estudios de histoquímica, halla de golpe la "degene-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

rescencia utricular" de los neurocitos en la idiocia amaurótica infantil. Y en esa degeneración tan especial encuentra un test de elección para seguir ya sobre un vasto plan de alcances neurobiológicos, una serie de sondajes en el cuadro de las enfermedades hereditarias, del que sólo la muerte lo debía apartar. Llega Schaffer a formular un cuerpo de doctrina, sólidamente constituído, que se ha prestado a discusiones, aunque nadie dejó de reconocer los hechos por él puestos en luz.

Según Schaffer las enfermedades nerviosas hereditarias tienen alteraciones especiales que han sido profundamente estudiadas, pero además un carácter general, del que ensaya dar una sistematización. Así el carácter anatómico fundamental de las enfermedades hereditarias puras consiste en una electividad ganglio-celular exclusiva, el proceso interesa únicamente los elementos neuronales, ectodérmicos y respeta el mesodermo; indica, pues, electividad blastodérmica de la que los mejores ejemplos se hallan en la parálisis bulbar de Duchenne o en la esclerosis lateral familial de Strumpell, la heredo-ataxia cerebelosa de Marie o la corea de Huntington. En ellas se encuentran los tres elementos determinantes : factor blastodérmico, factor de localización a un sistema neuronal, factor de localización a un segmento embriológico. Hay, pues, una verdadera electividad neurocitógena que reviste dos formas : circunscrita y generalizada, según que se trate de afecciones de sistemas (afecciones sistematizadas) o generalizadas (Idiocia amaurótica familial). En último análisis, la idea princeps de la doctrina schafferiana consiste en admitir un substrato anatómico especial, endógeno y neurógeno o neurocitógeno para las enfermedades nerviosas hereditarias; mientras que las afecciones de reacción exógena son de tipo neurotropo o neurocitotropo y en ellas el tropismo localizador puede ser, ya tropismo de sistema neuronal como ocurre en la poliomielitis anterior aguda, ya tropismo químico como en la esclerosis multilocular o en fin tropismos de órganos como en la rabia, en la encefalitis herpética. Miskolczy ha ensayado aplicar la doctrina schafferiana a ciertas enfermedades mentales tal como la esquizofrenia, la enfermedad de Pick, la demencia de Alzheimer.

La orientación biológica e histopatológica que ha marcado a su escuela el Maestro de Budapest, pervive en sus discípulos. Y nos complace saludar al que recibe, de tan ilustre mente, la antorcha, al Profesor Miskolczy, que entre tantos títulos tiene para nosotros el muy especial de haber sido discípulo de Ramón y Cajal y por tanto un gran hispanófilo.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

WILHELM WEYGANDT

Nace en Wiesbaden el 30 de septiembre de 1870 y muere en la misma ciudad el 22 de enero de 1939. Los años que unen estas fechas límite de la vida activísima de Wilhelm Weygandt son de una brega incesante entre la voluntad que señala fines a la dedicación definida y el hervor de infinitas inquietudes. Desde muy temprano se muestra tal tormento en la existencia de este hombre de inteligencia magníficamente dotada. Su vocación es incierta : se orienta primero hacia la teología, después a la filología, a la psicología y la filosofía, sin encontrar íntima satisfacción. Las ciencias del espíritu no ofrecen a su afán de saber y a su estructura de tendencias el pábulo adecuado. Busca entonces en las ciencias de la naturaleza y en la medicina objeto definitivo a su dedicación, pero — como acontece a no pocos — la otra virtualidad no se conforma sino con la confluencia de las disciplinas de lo espiritual y de lo material : la psiquiatría. Concordando con esta modalidad de incentivos, Weygandt estudia en varias universitarias alemanas. En Leipzig aprende psicología con Wundt y se gradúa en filosofía. Trabaja en el laboratorio de psicología experimental de Kraepelin. Influyen en su formación psiquiátrica Anton en Graz y Rieger en Würzburg. Aquí se habilita en psiquiatría en 1899 y es nombrado profesor extraordinario en 1904. Cuatro años después acepta el cargo de director del hospital del Estado Friedrichsberg, en Hamburgo. En 1919 se le nombra profesor ordinario en la universidad de Hamburgo, de cuya organización él es propulsor principal. En 1933 se retira de la cátedra y de la dirección del hospital, para retornar a la ciudad natal.

En Hamburgo hace del hospital que dirige un centro de investigación famoso en el mundo entero, con magníficas clínicas, dotadas a la perfección en el aspecto médico, quirúrgico, fisioterápico y psicoterápico; con laboratorios ejemplares de investigación anatómica, serológica, química, radiológica, psicológica y heredológica; con colecciones de material como no se encuentran en otros centros. Este logro corresponde tanto a la multiplicidad de los talentos cuanto al espíritu de organización característico de Weygandt. Es investigador fecundo en materia de anatomía patológica, de anatomía comparada, de problemas clínicos, de terapéutica, de pedagogía de anormales, de medicina legal, de herencia etc. Sin perjuicio de tanta labor científica cultiva el arte en sus diversas formas : la poesía (escribe dos volúmenes de versos), literatura, teatro, pintura, escultura y hasta arqui-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

tectura. Se empeña en analizar la producción artística desde el punto de vista psiquiátrico.

Sus investigaciones se orientan en la juventud a los problemas del sueño y los ensueños, el cansancio, el hambre, la sed — incluso con penosas experiencias en su propio organismo. Después se dedica a la anatomía comparada del cráneo. En materia de psiquiatría estudia las epidemias psíquicas, los estados mixtos de la psicosis maníaco-depresiva, la neuro-psiquiatría de guerra, la neurosífilis, la malarioterapia de la parálisis general (el primero en Alemania), el tratamiento activo de la esquizofrenia, el alcoholismo y sus efectos sobre el desarrollo, el ocultismo y sus peligros etc. Pero la obra más original y que da a Weygandt un puesto destacado en la psiquiatría especial son sus múltiples y profundas investigaciones acerca de la oligofrenia. Su obra **Der jugendliche Schwachsinn, seine Erkennung, Behandlung und Ausmerzung,** Stuttgart, 1936, constituye una culminación del saber en la materia. Deben mencionarse además sus atlas y compendio de psiquiatría (1904), hoy anticuado, su Psiquiatría forense y su nuevo y excelente tratado de enfermedades nerviosas y mentales, en colaboración con varios especialistas : **Lehrbuch der Nerven. und Geisteskrankheiten,** Halle a. S., 1935.

Weygandt, como ya hace suponer su movilidad de espíritu, fué un apasionado de los viajes. Con motivo de congresos internacionales, de invitaciones especiales o sólo por el placer de viajar, recorrió Europa en diversas direcciones, fué a Africa, a Asia Oriental y también visitó la América del Norte y la nuestra. No le faltó enemigos, pero tuvo buenos amigos en todas partes, inclusive en el Perú. Conocía algo el castellano y sentía viva simpatía por el alma española, lo que se trasluce en su bello estudio sobre el Quijote : **"Don Quijote des Cervantes im Lichte der Psychopathologie"** (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1935, t. 154).

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

INFORMACION

NUEVA REVISTA

Desde noviembre de 1939 aparece en Milán el **Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria e Psicoterapia**, sucesor del "Archivio di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi". La nueva revista se publica con el auspicio del Consejo Nacional de Investigaciones, centro de fomento de la cultura que honra el espíritu de organización de la Italia nueva. El director de **Archivio** es el Prof. fray Agostino Gemelli, O. F. M., quien cuenta con la colaboración de los Profs. Ferruccio Banissoni, Carlo Besta, Ugo Cerletti, Lionello de Lisi, Eugenio Medea y Mario Ponzo. Aparecerá en fascículos trimestrales de 150 páginas más o menos. El precio de suscripción anual para el extranjero es de 150,30 liras. Administración: Via Ludovico Nacchi. 2— Milán.

El primer fascículo de la magnífica publicación italiana es doble, de 372 páginas, y con un material de artículos originales cuya calidad permite considerarla entre las mejores de la especialidad. El sumario es el siguiente: Agostino Gemelli: "A modo de introducción: La psicología en el centro del interés de las ciencias que estudian al hombre"; Mario Ponzo: "El Instituto de Psicología de la Real Universidad de Roma en el nuevo local, y sus tareas"; Ferruccio Banissoni : "La invención como problema psicológico"; Lamberto Longhi: "El «esquema corporal» (Investigaciones clínicas y análisis crítico)"; Giorgio Zunini: "Contribución al estudio del aprendizaje de los peces" (tres memorias); Lionello de Lisi : "Conceptos biológicos y clínicos sobre las causas de las anomalías psiquicas de la infancia"; Agostino Gemelli: "Variaciones señalatrices y significatrices y variaciones individuales de las unidades elementales fónicas del lenguaje humano: medios suministrados por la electroacústica para reconocerlas, y evaluación fisio-psicológica de los resultados"; Annibale Pastore : "En defensa de la psicología experimental"; Mario Ponzo: "Observaciones acerca de la denominación de la cátedra de psicología de nuestra Universidad"; Gemelli-Ponzo : "A propósito del XII Congreso Internacional de Psicología". Análisis de libros.

Hacemos votos porque **Archivio di Psicologia Neurologia Psichiatria e Psicoterapia** continúe indefinidamente a la altura en que se inicia.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ECONOMIA DE LA REVISTA

Precio del número en Lima	S/.	2.50
En provincias	„	3.00
Suscripción anual en Lima	„	10.00
Suscripción anual en provincias	„	12.00

Lugar de venta en Lima:

IMPRENTA GIL, S. A. — JUNIN No. 459

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Empresa Periodística S. A.--LA PRENSA

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera